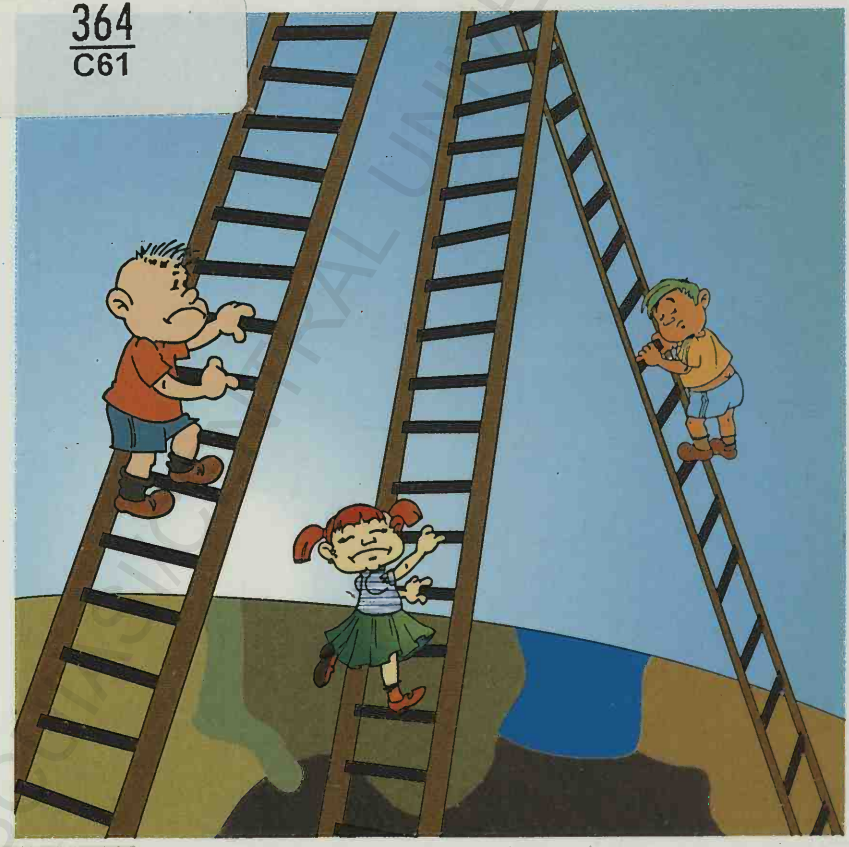
Asistență socială

Ştefan Cojocaru
Daniela Cojocaru

MANAGEMENTUL DE CAZ ÎN PROTECȚIA COPILULUI

Evaluarea serviciilor şi practicilor din România

364
C61



III 295.891

Collegium
POLIROM

BIBL. CENTR. UNIV.
„M. EMINESCU" IAȘI
III 295.891

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

COLLEGIUM

Asistenţă socială

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

© 2008 by Editura POLIROM

www.polirom.ro

Editura POLIROM
Iaşi, B-dul Carol I nr. 4; P.O. Box 266, 700506
Bucureşti, B-dul I.C. Brătianu nr. 6, et. 7, ap. 33, O.P. 37;
P.O. Box 1-728, 030174

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României:

COJOCARU, ŞTEFAN

Managementul de caz în protecţia copilului: evaluarea serviciilor şi practicilor din România / Ştefan Cojocaru, Daniela Cojocaru. – Iaşi: Polirom, 2008
Bibliogr.
Index

ISBN: 978-973-46-0912-3

I. Cojocaru, Daniela

65.012.4:364.442.6-053.2

Printed in ROMANIA

BCU ALEXANDRU IOAN CUZA UNIVERSITY LIBRARY

-61
485846

Ştefan Cojocaru
Daniela Cojocaru

MANAGEMENTUL DE CAZ ÎN PROTECȚIA COPILULUI

Evaluarea serviciilor şi practicilor din România

ACU

425830
B.C.U. IASI

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

POLIROM
2008

Ştefan Cojocaru este conferenţiar universitar doctor la Catedra de Sociologie şi Asistenţă Socială a Facultăţii de Filosofie din cadrul Universităţii „Al.I. Cuza" din Iaşi, unde predă metodologia cercetării sociologice, metodologia elaborării proiectelor de intervenţie, metode apreciative de cercetare şi intervenţie socială la nivel familial, metode apreciative de intervenţie în domeniul securităţii comunitare şi evaluarea programelor sociale. Este licenţiat în sociologie şi politologie, fiind şef al promoţiei 1996. Este cercetător asociat al Institutului pentru Cercetarea Calităţii Vieţii, Bucureşti, şi director al Filialei Iaşi a organizaţiei Holt România. Este cunoscut şi ca formator, evaluator al serviciilor sociale şi practician în domeniul asistenţei sociale, fiind o persoană-resursă la nivel naţional şi internaţional. Semnează numeroase studii şi cercetări în domeniul sociologiei şi asistenţei sociale, în care a abordat aspecte contemporane ale teoriilor şi practicii în domeniul social. La Editura Polirom a mai publicat: *Metode apreciative în asistenţa socială. Ancheta, supervizarea şi managementul de caz* (2005), *Proiectul de intervenţie în asistenţa socială. De la propunerea de finanţare la planurile individualizate de intervenţie* (2006).

Daniela Cojocaru este lector universitar doctor la Catedra de Sociologie şi Asistenţă Socială a Facultăţii de Filosofie din cadrul Universităţii „Al.I. Cuza" din Iaşi, unde predă sociologia familiei, metodologia cercetării sociologice şi metode calitative de cercetare a copilăriei şi parentalităţii. Este licenţiată în sociologie şi politologie; a urmat cursurile de master în management social şi dezvoltare comunitară. A participat la numeroase evaluări ale programelor sociale realizate în România de către diverse organizaţii guvernamentale şi nonguvernamentale reprezentative în domeniul bunăstării copilului şi familiei şi a publicat articole şi studii în domeniul sociologiei familiei, al epistemologiei şi metodologiei cercetării sociale.

BCUIASI/CENTRAL

- 5 MAI 2008

Cuprins

Lista figurilor 11
Lista tabelelor 13
Abrevieri 17
Mulţumiri 19

Introducere 21

Capitolul 1. Managementul de caz în protecţia copilului (Ştefan Cojocaru) 23
Ce este managementul de caz? 24
Ce forme ale managementului de caz funcţionează în practica socială? 25
Care sunt etapele managementului de caz? 27
Cine realizează evaluarea iniţială? 28
Când se realizează evaluarea detaliată? 29
Cine planifică serviciile şi intervenţiile? 30
Cine furnizează serviciile şi realizează intervenţiile? 32
Ce este monitorizarea intervenţiilor? 33
Cum se realizează evaluarea rezultatelor intervenţiei? 34
Ce înseamnă monitorizarea postservicii? 34
Când se decide închiderea cazului? 35
Cine decide închiderea cazului? 37
Cine poate fi manager de caz? 37
Cine poate fi responsabil de caz de prevenire? 38
Cine supervizează managerii de caz? 38
Când se decide desemnarea unui manager de caz? 39
Ce legătură există între managerul de caz şi responsabilul de caz? 40
Ce este compartimentul managerilor de caz? 40
Cui se subordonează compartimentul managerilor de caz? 41
Ce avantaje există atunci când funcţionează un compartiment al managerilor de caz? 43
Ce dificultăţi apar atunci când se decide înfiinţarea unui compartiment al managerilor de caz? 47
Cine întocmeşte planul individualizat de protecţie? 48
Cine întocmeşte planul de intervenţie specifică? 49
Ce legături există între planul individualizat de protecţie şi planul de intervenţie specifică? 49
Care sunt finalităţile planului individualizat de protecţie? 50
Managementul de caz poate fi contractat către un furnizor privat? 51

Ce efecte are funcţionarea unui compartiment
al managerilor de caz în cadrul DGASPC asupra unui ONG? 52
Cum influenţează managementul de caz serviciile de protecţie? 53
Cum influenţează managementul de caz serviciile de plasament familial? 54
Cum influenţează managementul de caz adopţia naţională? 54

Capitolul 2. Coordonate metodologice ale cercetării practicilor privind managementul de caz 57
Scopul şi designul cercetării 57
Scopul cercetării 57
Obiectivele cercetării 57
Etapele cercetării 58
Completarea fişei instituţiei 58
Completarea chestionarului online 59
Realizarea interviurilor la nivelul ANPDC şi ORA 61
Selectarea judeţelor-pilot 61
Realizarea interviurilor individuale şi a focus-grupurilor în judeţele-pilot 64

Capitolul 3. Servicii de protecţie temporară a copiilor aflaţi în dificultate 67
Serviciul de protecţie de tip rezidenţial 67
Evoluţia numărului de copii plasaţi în centre de plasament 67
Evoluţia numărului de copii plasaţi în unităţi de tip familial 70
Managerii şi responsabilii de caz în serviciul de îngrijire de tip rezidenţial 71
Serviciul de asistenţă maternală 77
Evoluţia numărului de copii plasaţi în asistenţă maternală 77
Managerii de caz în serviciul de asistenţă maternală 83
Responsabilii de caz în serviciul de asistenţă maternală 86

Capitolul 4. Reintegrarea familială a copiilor din diferite forme de protecţie 89
Reintegrarea familială din serviciul de îngrijire de tip rezidenţial 89
Reintegrarea familială din centre de tip familial 91
Reintegrarea familială din serviciul de asistenţă maternală 93
Condiţii pentru creşterea şanselor de reintegrare familială 100
Menţinerea relaţiilor dintre părinţi sau familia lărgită şi copilul aflat într-o formă de protecţie 100
Evaluarea detaliată a familiei, pregătirea reintegrării şi monitorizarea postreintegrare 101
Hotărârea familiei de a reintegra copiii 103
Consilierea şi sprijinul acordat familiei 104
Sensibilizarea şi responsabilizarea părinţilor 105
Sprijinul financiar acordat familiilor 106
Concentrarea asupra unor metode de intervenţie şi asupra sprijinului financiar 108
Conectarea familiei la serviciile din comunitate 109

Implicarea SPAS şi a consiliilor comunitare consultative în procesul de reintegrare familială 110
Serviciile sociale zonale din proximitatea familiilor 114
Serviciile de monitorizare postreintegrare 115
Limitarea perioadei de şedere a copilului într-o formă de protecţie 116
Importanţa vârstei copilului aflat într-o formă de protecţie 116
Veniturile familiei 117
Orientarea intervenţiei asupra punctelor tari ale familiei 117
Relaţia construită între asistentul social şi familie 118
Importanţa grupurilor de suport şi a altor forme de intervenţie de grup 119
Cunoaşterea de către specialişti a finalităţilor planurilor individualizate de protecţie 119
Asigurarea cu personal de specialitate şi pregătirea continuă a personalului 120
Numărul de cazuri instrumentate de un profesionist 122
Stimularea financiară a personalului 122

Capitolul 5. Adopţia naţională 125
Evoluţia adopţiei naţionale în România 125
Copii adoptaţi din sistemul de protecţie 127
Adopţia din sistemul de îngrijire de tip rezidenţial 129
Adopţia din asistenţă maternală 130
Plasamentele simple în familia adoptivă 133
Soluţii pentru descurajarea plasamentelor în regim de urgenţă la familii adoptive 136
Familia adoptivă *vs* familia biologică 138
Adopţia şi managementul de caz 139
Adopţia ca finalitate a planurilor individualizate de protecţie 141
Deschiderea procedurii de adopţie 143
Procesul de potrivire teoretică şi practică 145
Evaluarea stării de sănătate a copilului 147
Schimbarea prenumelui copilului adoptat 148
Emiterea hotărârilor judecătoreşti 148
Pregătirea familiilor care doresc să adopte 149
Personalul angajat în serviciul de adopţie 150
Formarea personalului din serviciul de adopţie 153

Capitolul 6. Integrarea socioprofesională a tinerilor de peste 18 ani 155
Serviciul specializat pentru integrarea socioprofesională a tinerilor de peste 18 ani 157
Dificultăţi în integrarea socioprofesională a tinerilor care părăsesc sistemul de protecţie 160
Reintegrarea în familie 161
Integrarea în comunitate 163
Integrarea socioprofesională 164
Implicarea SPAS în integrarea socioprofesională a tinerilor din sistemul de protecţie 165

Nevoia de formare a personalului pentru integrarea socioprofesională a tinerilor 165
Integrarea socioprofesională a tinerilor şi managementul de caz 166

Capitolul 7. Consideraţii privind utilizarea managementului de caz în protecţia copilului 171
Înţelegerea managementului de caz în DGASPC 171
Numărul managerilor de caz din DGASPC 172
Procedura de desemnare a managerilor/responsabililor de caz 175
Evaluarea detaliată a cazului 176
Datele generale privind activitatea managerilor/responsabililor de caz 179
Realizarea planurilor individualizate de protecţie 180
Finalităţile planurilor individualizate de protecţie 183
Managementul de caz şi organigrama DGASPC 185
Managementul de caz şi redistribuirea personalului 187
Managementul de caz şi contractarea serviciilor 188
Formarea personalului din sistemul de protecţie a copilului 190
Motivarea personalului 192

Capitolul 8. Coordonate metodologice ale cercetării privind serviciile de prevenire 195
Scopul şi designul cercetării 195
Scopul cercetării 195
Obiectivele cercetării 195
Etapele cercetării 196
Selectarea judeţelor-pilot 197
Caracteristicile participanţilor la interviurile individuale şi de grup 198

Capitolul 9. Intrările în sistemul de protecţie a copilului 201
Intrările noi în sistemul de protecţie a copilului 203
Analiza intrărilor noi în sistemul de protecţie pe grupe de vârstă 206
Grupa de vârstă 0-1 an 206
Grupa de vârstă 1-3 ani 207
Grupa de vârstă 3-7 ani 208
Grupa de vârstă 7-10 ani 209
Grupa de vârstă 10-14 ani 210
Grupa de vârstă 14-18 ani 211
Luarea unei măsuri de protecţie pentru anul 2006 211
Decizia intrării în sistemul de protecţie 212
Noile intrări ale copiilor cu dizabilităţi în sistemul de protecţie 213
Revenirea în sistemul de protecţie după ce copiii au fost reintegraţi familial 216

Capitolul 10. Servicii destinate prevenirii separării copilului de familia sa 219
Înfiinţarea şi acreditarea SPAS 219
Asistenţa socială comunitară 220
Asistenţa medicală comunitară 223
Consiliile comunitare consultative 226

Centrele de zi 229
Administrarea centrelor de zi 230
Preluarea centrelor de zi de către autoritățile locale 236
Beneficiarii serviciilor oferite de centrele de zi 237
Reticența potențialilor beneficiari față de serviciile centrelor de zi 238
Centrele de consiliere și sprijin pentru părinți 239
Centrele de consiliere și sprijin pentru părinți în mediul rural 241
Beneficiarii serviciilor destinate copiilor cu dizabilități și familiilor lor 242
Echipele mobile pentru servicii la domiciliu destinate copiilor cu dizabilități și familiilor acestora 245
Accesibilitatea serviciilor oferite de echipa mobilă 248
Centrele de recuperare destinate copiilor cu dizabilități 249
Contribuțiile locale la plata unor servicii 252
Sprijinul economic pentru reintegrarea familială a copiilor 254
Sprijinul de urgență pentru prevenirea separării copilului de familia sa 258
Alocația până la 2 ani 259
Implicarea autorităților și a comunității 261
Implicarea organizațiilor nonguvernamentale în serviciile de prevenire 262
Intervenția în caz de abuz, neglijare sau exploatare a copilului prin muncă 265
Copiii ai căror părinți sunt plecați la muncă în străinătate 267

Capitolul 11. Resursele umane implicate în serviciile de prevenire a separării copilului de familia sa 271
Asistența socială comunitară 271
Resursele umane în cadrul DGASPC 274
Resursele umane la nivelul mediului urban 279

Capitolul 12. Concluzii și recomandări privind practica managementului de caz 283
Concluzii privind practica managementului de caz în protecția copilului 283
Recomandări pentru dezvoltarea managementului de caz în protecția copilului ... 287

Capitolul 13. Concluzii și recomandări privind dezvoltarea serviciilor de prevenire la nivel local 291
Concluzii privind serviciile de prevenire a separării copilului de familia sa 291
Recomandări pentru dezvoltarea serviciilor de prevenire la nivel local 295

Bibliografie 299
Index 303

B.C.U "M. EMINESCU" IAȘI

BCUIASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Lista figurilor

Figura 1. Forme ale managementului de caz din perspectiva analizei SWOT 26
Figura 2. Etapele managementului de caz 28
Figura 3. Evoluţia numărului de copii din asistenţă maternală
în perioada ianuarie 2001 – ianuarie 2006 78
Figura 4. Evoluţia numărului de adopţii naţionale definitive în perioada 1998-2006 ... 126
Figura 5. Adopţia copiilor din forme de protecţie temporară în anul 2005 128
Figura 6. Structura cazurilor de reintegrare familială în anul 2005,
din centre de plasament, unităţi de tip familial şi asistenţă maternală 170
Figura 7. Evoluţia numărului de copii în diferite forme de protecţie în perioada
1 ianuarie 2005 – 31 decembrie 2006 202
Figura 8. Structura pe vârste a copiilor nou intraţi în sistemul de protecţie în 2006 204
Figura 9. Provenienţa intrărilor noi în sistemul de protecţie a copilului în 2006 205
Figura 10. Provenienţa copiilor din grupa de vârstă 0-1 an nou intraţi
în sistemul de protecţie în 2006 207
Figura 11. Provenienţa copiilor din grupa de vârstă 1-3 ani nou intraţi
în sistemul de protecţie în 2006 208
Figura 12. Provenienţa copiilor din grupa de vârstă 3-7 ani nou intraţi
în sistemul de protecţie în 2006 209
Figura 13. Provenienţa copiilor din grupa de vârstă 7-10 ani nou intraţi
în sistemul de protecţie în 2006 210
Figura 14. Provenienţa copiilor din grupa de vârstă 10-14 ani nou intraţi
în sistemul de protecţie în 2006 210
Figura 15. Provenienţa copiilor din grupa de vârstă 14-18 ani nou intraţi
în sistemul de protecţie în 2006 211
Figura 16. Evoluţia numărului de copii nou intraţi în sistemul de protecţie
în funcţie timp, în 2006 212
Figura 17. Repartiţia deciziilor de plasament în sistemul de protecţie
a copilului în 2006 213
Figura 18. Repartiţia copiilor cu dizabilităţi intraţi în sistemul de protecţie,
în funcţie de mediul de provenienţă, în 2006 (cazuri noi) 213
Figura 19. Numărul copiilor cu dizabilităţi intraţi în sistemul de protecţie,
în funcţie de vârstă, în 2006 (cazuri noi) 214
Figura 20. Repartiţia copiilor reintraţi în sistemul de protecţie
după reintegrare familială în funcţie de vârstă, în 2006 217
Figura 21. Repartiţia copiilor reintraţi în sistemul de protecţie
după reintegrare familială în funcţie de mediul de provenienţă, în 2006 217
Figura 22. Evoluţia numărului de copii reintraţi în sistemul de protecţie
în funcţie de timp, în 2006 218
Figura 23. Repartiţia centrelor de zi în funcţie de locaţie, la 1 mai 2007 230
Figura 24. Repartiţia centrelor de zi în funcţie de administrator, la 1 mai 2007 231

Figura 25. Repartiţia administrării centrelor de zi din mediul rural, la 1 mai 2007 232
Figura 26. Repartiţia geografică a centrelor de zi administrate de DGASPC, la 1 mai 2007 234
Figura 27. Repartiţia geografică a centrelor de zi administrate de ONG, la 1 mai 2007 235
Figura 28. Repartiţia administrării centrelor judeţene de consiliere şi sprijin pentru părinţi, la 1 mai 2007 239
Figura 29. Repartiţia administrării centrelor de recuperare din judeţe la 1 mai 2007 ... 250
Figura 30. Repartiţia geografică a ONG care oferă servicii de prevenire a separării copilului de familia sa, la 1 mai 2007 263
Figura 31. Serviciile de prevenire a separării copilului de familia sa oferite de sectorul public şi de ONG-uri la nivel naţional, la 1 mai 2007 265
Figura 32. Sesizări către DGASPC cu privire la cazurile de abuz, neglijare şi exploatare prin muncă a copilului şi serviciile oferite, pentru 2006 267
Figura 33. Repartiţia numărului de copii ai căror părinţi sunt plecaţi la muncă în străinătate, în funcţie de specificul familiei de migraţie, la 1 mai 2007 268
Figura 34. Repartiţia comunelor în funcţie de numărul de angajaţi în serviciile sociale ale primăriei, la 1 mai 2007 272
Figura 35. Structura personalului din mediul rural care lucrează ca asistent social/ referent social, în funcţie de studii, la 1 mai 2007 273
Figura 36. Structura personalului din serviciile sociale ale primăriilor reşedinţă de judeţ, în funcţie de nivelul de educaţie, la 1 mai 2007 280
Figura 37. Structura personalului din serviciile sociale ale primăriilor municipiilor/ oraşelor din judeţ, în funcţie de nivelul de educaţie, la 1 mai 2007 281
Figura 38. Structura personalului din serviciile de prevenire ale primăriilor sectoarelor municipiului Bucureşti, în funcţie de nivelul de educaţie, la 1 mai 2007 282

BCUIASI/CENTRAL

Lista tabelelor

Tabelul 1. Structura eşantionului respondenţilor la chestionarul online 59
Tabelul 2. Repartiţia pe DGASPC a respondenţilor la chestionarul online destinat managerilor şi responsabililor de caz 59
Tabelul 3. Evoluţia numărului de copii din instituţii de tip rezidenţial în perioada 1 ianuarie 2005 – 31 decembrie 2005 68
Tabelul 4. Evoluţia numărului de copii din instituţii rezidenţiale de tip familial în perioada 1 ianuarie 2005 – 31 decembrie 2005 70
Tabelul 5. Numărul managerilor de caz care lucrează în serviciul de îngrijire de tip rezidenţial 72
Tabelul 6. Volumul de cazuri per manager şi responsabil de caz în serviciul de îngrijire de tip rezidenţial 73
Tabelul 7. Volumul maxim de cazuri per manager şi responsabil de caz şi media naţională a cazurilor în lucru în serviciul de îngrijire de tip rezidenţial 75
Tabelul 8. Repartiţia pe judeţe a numărului de manageri de caz şi a responsabililor de caz din serviciul de îngrijire de tip rezidenţial (31 mai 2006) 75
Tabelul 9. Numărul angajaţilor cu studii de asistenţă socială din sistemul de îngrijire de tip rezidenţial 77
Tabelul 10. Evoluţia numărului de copii plasaţi în asistenţă maternală în perioada 1 ianuarie 2005 – 31 mai 2006 79
Tabelul 11. Rata de creştere a numărului de copii din asistenţă maternală faţă de 1 ianuarie 2005 79
Tabelul 12. Repartiţia pe vârste a copiilor aflaţi în plasament la asistenţi maternali 80
Tabelul 13. Evoluţia numărului de copii plasaţi în asistenţă maternală în perioada 1 ianuarie 2005 – 31 mai 2006 82
Tabelul 14. Evoluţia numărului de copii cu dizabilităţi plasaţi în asistenţă maternală în perioada 1 ianuarie 2005 – 31 decembrie 2005 82
Tabelul 15. Media naţională a cazurilor din asistenţă maternală raportate la numărul managerilor, respectiv al responsabililor de caz (mai 2006) 82
Tabelul 16. Numărul de manageri de caz cu diplomă de licenţă în asistenţă socială din sistemul AMP 84
Tabelul 17. Numărul de manageri de caz care lucrează în serviciul de asistenţă maternală 84
Tabelul 18. Repartiţia pe judeţe a numărului de dosare per manager de caz în serviciul de asistenţă maternală (31 mai 2006) 85
Tabelul 19. Media naţională a repartiţiei numărului de cazuri per manager/ responsabil de caz în serviciul de asistenţă maternală (31 mai 2006) 86
Tabelul 20. Repartiţia pe judeţe a numărului de dosare per responsabil de caz în serviciul de asistenţă maternală (31 mai 2006) 87
Tabelul 21. Rata de reintegrare familială a copiilor din instituţii de tip rezidenţial 90

Tabelul 22. Repartiţia managerilor/responsabililor de caz pentru copiii reintegraţi din instituţii 91
Tabelul 23. Numărul copiilor existenţi în unităţi de tip familial (la 1 ianuarie 2005) şi numărul copiilor reintegraţi din aceste unităţi în 2005 92
Tabelul 24. Rata de reintegrare familială a copiilor aflaţi în asistenţă maternală 94
Tabelul 25. Rata de reintegrare familială a copiilor din centre de plasament şi din asistenţă maternală în 2005 96
Tabelul 26. Repartiţia managerilor/responsabililor de caz pentru copiii reintegraţi din asistenţă maternală (31 mai 2006) 98
Tabelul 27. Rata medie naţională de reintegrare din AMP în 2005 98
Tabelul 28. Numărul copiilor adoptaţi din forme de protecţie temporară în anul 2005 127
Tabelul 29. Repartiţia pe judeţe a numărului de copii adoptaţi din sistemul de protecţie 129
Tabelul 30. Repartiţia pe judeţe a numărului de copii adoptaţi din asistenţă maternală 131
Tabelul 31. Numărul managerilor de caz din serviciul de adopţie 139
Tabelul 32. Numărul responsabililor de caz din serviciul de adopţie 141
Tabelul 33. Repartiţia managerilor/responsabililor de caz pentru copiii încredinţaţi în vederea adopţiei la 31 mai 2006 141
Tabelul 34. Repartiţia numărului de angajaţi pe direcţii în serviciul de adopţie 151
Tabelul 35. Numărul angajaţilor cu studii de asistenţă socială din serviciul de adopţie 151
Tabelul 36. Numărul de angajaţi din serviciul de adopţie al DGASPC şi numărul de copii adoptaţi care primeau servicii la 31 mai 2006 152
Tabelul 37. Numărul angajaţilor cu studii de asistenţă socială din serviciul de integrare socioprofesională a tinerilor care părăsesc sistemul de protecţie 156
Tabelul 38. Numărul managerilor de caz din serviciul de integrare socioprofesională a tinerilor care părăsesc sistemul de protecţie 156
Tabelul 39. Numărul responsabililor de caz din serviciul de integrare socioprofesională a tinerilor care părăsesc sistemul de protecţie 156
Tabelul 40. Repartiţia managerilor/responsabililor de caz pentru tinerii care au fost integraţi profesional la 31 mai 2006 166
Tabelul 41. Media cazurilor în lucru per manager de caz în serviciul de integrare socioprofesională a tinerilor, în 2005 167
Tabelul 42. Media cazurilor în lucru per responsabil de caz în serviciul de integrare socioprofesională a tinerilor, în 2005 167
Tabelul 43. Situaţia plecărilor din sistemul de protecţie în cazul tinerilor care au împlinit 18 ani, în 2005 168
Tabelul 44. Evoluţia numărului de copii aflaţi în sistemul de protecţie în anul 2005 ... 169
Tabelul 45. Situaţia reintegrărilor familiale în anul 2005, din diferite forme de protecţie a copilului 170
Tabelul 46. Repartiţia numărul de manageri de caz pe DGASPC 173
Tabelul 47. Numărul de copii care au desemnaţi manageri şi responsabili de caz în perioada 1 decembrie 2005 – 31 mai 2006 175
Tabelul 48. Desemnarea oficială a managerilor şi responsabililor de caz 176
Tabelul 49. Timpul mediu necesar pentru finalizarea raportului de evaluare detaliată la nivel naţional 177
Tabelul 50. Timpul mediu necesar pentru finalizarea raportului de evaluare detaliată de la deschiderea cazului la nivelul DGASPC 177
Tabelul 51. Date cu privire la activitatea din luna mai 2006 179

Tabelul 52. Date cu privire la activitatea din luna mai 2006 183
Tabelul 53. Caracteristicile participanţilor la interviurilor individuale şi de grup 198
Tabelul 54. Situaţia intrărilor noi în sistemul de protecţie a copilului în 2006 în funcţie de vârstă 203
Tabelul 55. Situaţia intrărilor noi în sistemul de protecţie a copilului în 2006 în funcţie de mediul de proveniență 206
Tabelul 56. Situaţia deciziilor de plasament în sistemul de protecţie a copilului în 2006 212
Tabelul 57. Proveniența copiilor cu dizabilităţi care au intrat în sistemul de protecţie, în 2006 (intrări noi) 214
Tabelul 58. Numărul copiilor reintraţi în sistemul de protecţie în funcţie de mediul de proveniență şi vârstă, în 2006 217
Tabelul 59. Numărul copiilor reintraţi în sistemul de protecţie în funcţie de mediul de proveniență şi vârstă, în 2006 218
Tabelul 60. Situaţia înfiinţării şi acreditării SPAS în mediul urban, la 1 mai 2007 ... 219
Tabelul 61. Situaţia înfiinţării şi acreditării SPAS în mediul rural, la 1 mai 2007 220
Tabelul 62. Situaţia înfiinţării consiliilor comunitare consultative în mediul rural, la 1 mai 2007 226
Tabelul 63. Situaţia administrării centrelor de zi din România, la 1 mai 2007 230
Tabelul 64. Situaţia administrării centrelor de zi din reşedinţele de judeţ, la 1 mai 2007 231
Tabelul 65. Situaţia administrării centrelor de zi din celelalte municipii/oraşe din judeţ, la 1 mai 2007 232
Tabelul 66. Situaţia administrării centrelor de zi din mediul rural, la 1 mai 2007 232
Tabelul 67. Repartiţia geografică a centrelor de zi din mediul rural, la 1 mai 2007 233
Tabelul 68. Localizarea centrelor de zi administrate de către DGASPC, la 1 mai 2007 234
Tabelul 69. Localizarea centrelor de zi administrate de ONG, la 1 mai 2007 235
Tabelul 70. Numărul centrelor de consiliere şi sprijin pentru părinţi din judeţe, la 1 mai 2007 239
Tabelul 71. Numărul centrelor de consiliere şi sprijin pentru părinţi din municipiul Bucureşti, la 1 mai 2007 240
Tabelul 72. Numărul beneficiarilor unor servicii de recuperare destinate copiilor cu dizabilităţi, în 2006 243
Tabelul 73. Numărul beneficiarilor unor servicii de recuperare destinate copiilor cu dizabilităţi pe fiecare DGASPC, în 2006 243
Tabelul 74. Numărul echipelor mobile din judeţe pentru servicii la domiciliu destinate copiilor cu dizabilităţi şi familiilor acestora, la 1 mai 2007 245
Tabelul 75. Numărul echipelor mobile din municipiul Bucureşti pentru servicii la domiciliu destinate copiilor cu dizabilităţi şi familiilor acestora, la 1 mai 2007 246
Tabelul 76. Numărul centrelor de recuperare destinate copiilor cu dizabilităţi din judeţe, la 1 mai 2007 249
Tabelul 77. Numărul centrelor de recuperare destinate copiilor cu dizabilităţi din municipiul Bucureşti, la 1 mai 2007 250
Tabelul 78. Contribuţia municipiilor/oraşelor la plata unor servicii, la 1 mai 2007 252
Tabelul 79. Contribuţia comunelor la plata unor servicii, la 1 mai 2007 253
Tabelul 80. Existenţa în bugetul DGASPC a unor fonduri destinate sprijinului economic pentru reintegrarea familială a copiilor, la 1 mai 2007 254
Tabelul 81. Sumele prevăzute în bugetul DGASPC, destinate sprijinului economic pentru reintegrarea familială a copiilor, la 1 mai 2007 255
Tabelul 82. Ierarhia ratei de succes în reintegrare în 2006 256

Tabelul 83. Servicii de prevenire a separării copilului de familia sa oferite de ONG în judeţe, la 1 mai 2007 263
Tabelul 84. Servicii de prevenire a separării copilului de familia sa oferite de ONG în municipiul Bucureşti, la 1 mai 2007 264
Tabelul 85. Ponderea serviciilor de prevenire a separării copilului de familia sa oferite de ONG la nivel naţional, la 1 mai 2007 264
Tabelul 86. DGASPC care au în structură o echipă mobilă pentru intervenţie în caz de abuz, neglijare sau exploatare a copilului prin muncă, la 1 mai 2007 266
Tabelul 87. Sesizări către DGASPC cu privire la cazurile de abuz, neglijare şi exploatare prin muncă a copilului şi serviciile oferite, pentru 2006 266
Tabelul 88. Estimarea numărului de copii ai căror părinţi sunt plecaţi la muncă în străinătate, la 1 mai 2007 268
Tabelul 89. Situaţia comunelor în funcţie de numărul de angajaţi în serviciile sociale ale primăriei, la 1 mai 2007 271
Tabelul 90. Nivelul de studii al personalului din mediul rural care lucrează ca asistent/referent social, la 1 mai 2007 273
Tabelul 91. Resurse umane existente în cadrul DGASPC, la 1 mai 2007 274
Tabelul 92. Asistenţi sociali cu diplomă de specialitate angajaţi ai DGASPC, la 1 mai 2007 275
Tabelul 93. Numărul angajaţilor DGASPC cu studii superioare care au urmat sau sunt înscrişi în programe de master în asistenţă socială, la 1 mai 2007 277
Tabelul 94. Nivelul de pregătire a personalului din serviciile sociale ale primăriilor din mediul urban, la 1 mai 2007 279
Tabelul 95. Nivelul de studii al personalului din serviciile de prevenire ale primăriilor sectoarelor municipiului Bucureşti, la 1 mai 2007 281

BCUIASI CENTRAL UNIVERSITARA

Abrevieri

AMP	Asistent maternal profesionist/Asistenţă maternală profesionistă
ANPDC	Autoritatea Naţională pentru Protecţia Drepturilor Copilului
CDC	Convenţia ONU cu privire la drepturile copilului
CEI	Compartimentul de evidenţă intrări-ieşiri a cazurilor
CMC	Compartimentul managerilor de caz
CPC	Comisia pentru Protecţia Copilului
DGASPC	Direcţia Generală de Asistenţă Socială şi Protecţia Copilului
HG	Hotărâre de Guvern
MC	Manager de caz
OANPDC	Ordin al Autorităţii Naţionale pentru Protecţia Drepturilor Copilului
ONG	Organizaţie nonguvernamentală
ONU	Organizaţia Naţiunilor Unite
ORA	Oficiul Român pentru Adopţii
OU	Ordonanţă de urgenţă
PIP	Planul individualizat de protecţie
PIS	Planul de intervenţie specifică
PS	Planul de servicii
RBC	Reabilitarea bazată pe comunitate
RCP	Responsabil de caz pentru prevenire
SEC	Serviciul de evaluare complexă
SPAS	Serviciu public de asistenţă socială de la nivelul consiliilor locale ale municipiilor, oraşelor şi comunelor
UNICEF	Fondul Naţiunilor Unite pentru Copii
USAID	Agenţia Statelor Unite pentru Dezvoltare Internaţională

BCUIAŞI UNIVERSITY LIBRARY

BCUIASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Mulţumiri

Autorii doresc să-şi exprime recunoştinţa şi aprecierea faţă de persoanele din cadrul direcţiilor de asistenţă socială şi protecţia copilului din toate judeţele şi din cadrul sectoarelor municipiului Bucureşti (directori generali, directori generali adjuncţi, şefi de servicii şi asistenţi sociali) care au oferit informaţiile necesare evaluării serviciilor şi practicilor din domeniul protecţiei copilului, atât prin completarea chestionarelor, cât şi în cadrul interviurilor individuale sau al focus-grupurilor. De asemenea, apreciem eforturile reprezentanţilor DGASPC de a organiza întâlnirile echipei de evaluatori cu persoanele implicate în serviciile de la nivel local. Directorilor instituţiilor de sănătate publică, primarilor, secretarilor din cadrul primăriilor, asistenţilor sociali comunitari şi asistenţilor medicali comunitari le mulţumim pentru deschiderea şi disponibilitatea de a ne oferi informaţii din teren, de a ne împărtăşi din experienţa dobândită în lucrul cu diferite categorii de persoane defavorizate şi din modul cum integrează filosofia drepturilor copilului în practica instituţională. Le adresăm mulţumirile noastre părinţilor şi copiilor participanţi la interviurile individuale şi de grup; informaţiile oferite de ei ne-au fost extrem de utile pentru înţelegerea modului în care le este organizată viaţa de către discursurile instituţionale. Totodată, reprezentanţii Autorităţii Naţionale pentru Protecţia Drepturilor Copilului şi ai Oficiului Român de Adopţii ne-au sprijinit în corelarea informaţiilor culese la nivel local cu cele legate de strategiile naţionale privind protecţia copilului, fiind astfel de un nepreţuit ajutor. Suntem recunoscători tuturor colegilor implicaţi în diferite etape ale cercetărilor pentru feedbackurile lor utile adresate în toate etapele demersurilor noastre, care au constituit puncte de referinţă în analizele realizate: Dana Buzducea (USAID), Mirela Lavric (World Learning), Cerasela Porumb (World Learning), Andy Guth (World Learning), Ovidiu Ionescu (World Learning), Izabela Popa (ANPDC), Iulia Avădănii (ANPDC) şi Ioana Nedelcu (ANPDC). Le mulţumim Luminiţei şi lui Ovidiu Bunea pentru transcrierile ireproşabile ale interviurilor şi focus-grupurilor. Aprecieri deosebite lui Vasile Strugaru, care a facilitat culegerea datelor online prin realizarea aplicaţiilor Web, un element important în completarea rapidă a chestionarelor şi gestionarea eficientă a informaţiilor.

BCUIAS/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Introducere

Volumul de faţă reprezintă o sinteză a două cercetări realizate la nivel naţional cu privire la evaluarea practicilor de implementare şi funcţionare a managementului de caz în domeniul protecţiei copilului din România şi în serviciile de prevenire a separării copilului de familia sa. Primul studiu, referitor la practicile din sfera managementului de caz, s-a desfăşurat în perioada mai-octombrie 2006, în cadrul proiectului „Monitorizarea procesului de elaborare şi implementare a planului individualizat de protecţie (PIP)", iar cel de-al doilea a vizat practicile din domeniul prevenirii separării copilului de familia sa şi a fost organizat în perioada februarie-septembrie 2007. Ambele proiecte de cercetare au fost finanţate de USAID şi implementate cu sprijinul ANPDC şi al World Learning, în cadrul programului ChildNet; opiniile exprimate în acest volum aparţin autorilor şi nu reflectă neapărat punctul de vedere al USAID.

Pentru întregirea imaginii privind protecţia copilului în România, am ales să prezentăm aceste două cercetări într-un singur volum, cititorul având la dispoziţie o radiografie complexă a sistemului de protecţie a copilului, ce poate fi utilă pentru înţelegerea situaţiei existente, pentru identificarea noilor provocări şi pentru orientarea strategiilor viitoare în domeniul protecţiei copilului în România. Datorită obiectivelor propuse în evaluarea practicilor şi serviciilor din domeniul protecţiei copilului, ne-am asumat un vocabular specific culturii instituţionale, care descrie practicile instituţiei de protecţie a copilului în sfera managementului de caz, fără a detalia modurile în care se organizează viaţa beneficiarilor acestor servicii.

Cercetările de faţă au ca reper conceptual managementul de caz în protecţia copilului, iar rezultatele sunt raportate la finalităţile planurilor individualizate de protecţie, ce reprezintă axele analizei; totodată, studiile îşi propun să aducă clarificările necesare în utilizarea metodei managementului de caz în protecţia copilului, pentru a direcţiona intervenţia menită să reducă semnificativ durata de cuprindere a copiilor într-o anumită formă de protecţie (centre de plasament, unităţi de tip familial sau asistenţă maternală). Ambele cercetări presupun o abordare multimetodică a datelor culese la nivel naţional şi local, pentru a surprinde atât natura subiectului studiat, reflectată în rezultatele obiective ale activităţii, cât şi percepţiile subiective ale celor care folosesc metoda managementului de caz, în diferite zone ale ţării.

Pentru analiza şi interpretarea datelor s-a folosit o grilă de lectură care ne-a ajutat să analizăm atât serviciile de protecţie de care beneficiază copilul separat de familia sa, cât şi serviciile de prevenire a separării copilului de familie, de prevenire a abuzului, neglijării, exploatării prin muncă şi a traficului de copii. Pentru a întregi imaginea situaţiei actuale în ceea ce priveşte stadiul serviciilor de asistenţă şi protecţie a copilului şi familiei sale, cercetările prezentate în acest volum aduc în atenţia specialiştilor o analiză a resurselor umane implicate în domeniul protecţiei copilului. Pentru fiecare dintre aceste evaluări, autorii au inclus, la finalul volumului, o serie de observaţii şi recomandări destinate îmbunătăţirii serviciilor destinate copilului şi familiei sale. În primul capitol prezentăm sugestiile noastre cu privire la crearea contextului organizaţional ce poate conduce la creşterea eficienţei managementului de caz în protecţia copilului, răspunzând unor întrebări venite din partea specialiştilor din acest domeniu.

Autorii

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITARA

Capitolul 1

Managementul de caz în protecţia copilului

Ştefan Cojocaru

În urma prezentării rezultatelor cercetărilor privind managementul de caz realizate de noi, la diferite întâlniri de lucru, conferinţe şi seminarii naţionale şi internaţionale referitoare la protecţia copilului în România, a apărut nevoia clarificării metodologiei de lucru privind această metodă atât de importantă în protecţia copilului. La fiecare dintre aceste întâlniri s-au lansat diferite întrebări legate de conţinutul cercetărilor, dar mai ales de modul în care concluziile acestor cercetări pot fi utilizate într-o metodologie unitară privind managementul de caz, modalităţile practice de organizare şi aplicare a metodei managementului de caz în diferite servicii destinate prevenirii separării copilului de familia sa şi în cele care asigură protecţie copiilor. În acest capitol ne propunem să răspundem tuturor întrebărilor primite de la specialişti de la nivel central şi local, din sistemul guvernamental şi cel nonguvernamental, întrebări adresate direct în cadrul întâlnirilor sau trimise prin e-mail. Autorii îşi exprimă aprecierea faţă de toţi specialiştii care au fost suficient de deschişi încât să adreseze aceste întrebări, precum şi recunoştinţa faţă de toţi cei care, prin feedbackurile referitoare la rezultatele cercetărilor, şi-au adus o contribuţie însemnată în elaborarea finală a acestui volum. Din dorinţa de a prezenta managementul de caz ca practică instituţională, am pus accent pe modurile de structurare a practicilor instituţionale, fără a insista asupra aspectelor teoretice ale metodei, analizate într-o lucrare anterioară şi care pot fi consultate de cei interesaţi (Cojocaru, 2005, pp. 159-188).

BABEŞ-BOLYAI UNIVERSITY LIBRARY

Ce este managementul de caz ?

Vom încerca să oferim specialiștilor din domeniul protecției copilului câteva repere în utilizarea managementului de caz conform standardelor minime obligatorii, să furnizăm informații detaliate cu privire la modul în care pot fi atinse aceste standarde, să facilităm obținerea unor rezultate eficiente în urmărirea finalităților planurilor individualizate de protecție (PIP), să explicăm cum pot fi articulate planurile de intervenție specifică (PIS) pentru atingerea acestor finalități și, nu în ultimul rând, să clarifice rolul managementului de caz în prevenirea abandonului, a abuzului, neglijării și exploatării copilului.

Managementul de caz reprezintă un concept ce desemnează o metodă de *coordonare și integrare* a serviciilor sociale, medicale și educaționale destinate categoriilor de populații vulnerabile și defavorizate și de *organizare și gestionare* a intervențiilor specifice realizate de către diferiți specialiști în acord cu obiectivele stabilite pentru schimbarea situațiilor problematice ale beneficiarilor. În accepțiunea noastră, managementul de caz se centrează pe coordonarea, organizarea și direcționarea tuturor intervențiilor destinate asigurării serviciilor și pe integrarea lor în beneficiul copiilor și al familiilor acestora, al reducerii perioadei de ședere a copiilor în sistemul de protecție prin urmărirea permanentă a progreselor înregistrare în atingerea finalității PIP-urilor și concertării activităților destinate prevenirii separării copilului de familie. Managementul de caz în asistența socială reprezintă „o metodă de a oferi servicii, prin care asistenții sociali profesioniști evaluează nevoile clientului și ale familiei clientului în colaborare cu acesta, coordonează, monitorizează, evaluează și susțin clientul pentru a accesa servicii sociale care să răspundă acestor nevoi" (NASW, 1992, p. 1). Această definiție a managementului de caz în asistența socială pune accentul în mod deosebit pe *nevoile clientului* și pe modul în care *serviciile oferite* răspund acestor nevoi (Cojocaru, 2005).

Alți autori au văzut în managementul de caz „un set logic de pași și un proces de interacțiune în cadrul rețelei de servicii prin care se asigură că beneficiarii primesc serviciile de care au nevoie într-o formă de sprijin eficace, eficientă și la un cost acceptabil" (Weil și Karls, 1985, p. 2). Se observă că și acești doi autori pun accentul pe nevoile beneficiarilor pentru a defini managementul de caz, dar satisfacerea acestor nevoi prin intervenția propusă este evaluată în funcție de *eficacitate* și *eficiență*, caracteristici esențiale ale managementului clasic. În definiția anterioară, managementul de caz este văzut și ca o formă de *intervenție în rețea*, sprijinind astfel funcțiile de *gestionare a resurselor rețelei* și de *facilitare* a accesului beneficiarului la aceste resurse. Rubin (1987, pp. 212-222) plasează rădăcinile managementului de caz „la nivelul reabilitării vocaționale, sănătății publice și asistenței sociale", considerându-l o strategie complexă de integrare a serviciilor oferite beneficiarului. Dincolo de varietatea definițiilor date managementului de caz, definiții influențate de modelele experimentate și teoretizate, există încă o mare confuzie și o slabă

standardizare care se observă la nivelul practicilor instituţionale. Fiecare furnizor de servicii sociale a adaptat forma managementului de caz în funcţie de nevoile clienţilor, de resursele disponibile şi de categoriile specifice ale potenţialilor beneficiari.

Definiţiile managementului de caz sunt dependente de variaţiile generate de designul acestuia, de modul în care sunt văzute intervenţia şi coordonarea acesteia, de implicarea beneficiarilor, de răspunsurile clienţilor la modificarea situaţiei în care se găsesc şi de modelele promovate în practica asistenţei sociale. Managementul de caz în asistenţa socială face legătura dintre *micro-* şi *macropractica asistenţei sociale*, fiind o componentă esenţială în managementul îngrijirii şi al asistenţei, iar diverse definiţii au asimilat managementul de caz în ideologiile şi practicile instituţionale, adaptându-se de la intervenţia terapeutică până la coordonarea resurselor comunitare. Depăşind varietatea tipurilor de clienţi ai serviciilor, *structura managementului de caz* este similară pentru diferite categorii de persoane care beneficiază de servicii, dar intervenţiile propuse sunt adaptate caracteristicilor fiecărei categorii în parte: evaluarea iniţială, planificarea intervenţiei, realizarea intervenţiei, monitorizarea, evaluarea rezultatelor etc. În domeniul protecţiei copilului, managementul de caz se referă la modalităţile în care sunt coordonate acţiunile desfăşurate în cadrul diferitelor tipuri de servicii (sociale, educaţionale, medicale etc.) ce au drept scop urmărirea finalităţilor PIP-urilor elaborate pentru copiii care au fost incluşi într-o formă de protecţie şi pentru eficientizarea intervenţiilor în ceea ce priveşte menţinerea copiilor în familia biologică, prin crearea unui climat favorabil dezvoltării acestora. Cu alte cuvinte, fiecare copil pentru care se ia o măsură de protecţie are desemnat un manager de caz (MC) din structura proprie a DGASPC, care coordonează accesul la servicii pentru urmărirea finalităţii PIP-ului; pentru copiii care beneficiază de servicii destinate prevenirii separării de familie, abuzului, neglijării, exploatării prin muncă şi traficului, asistenţii sociali din cadrul serviciilor sociale de la nivelul comunităţii realizează planurile de servicii (PS) şi sunt responsabili de coordonarea acestora pentru îmbunătăţirea condiţiilor de viaţă ale beneficiarilor şi diminuarea riscurilor la care sunt expuşi copiii (Cojocaru, 2005, pp. 162-163).

Ce forme ale managementului de caz funcţionează în practica socială ?

În funcţie de strategia folosită în utilizarea resurselor, în orientarea şi îndeplinirea obiectivelor şi de viziunea ce direcţionează implicarea beneficiarilor în realizarea schimbărilor dorite şi intenţionate, putem spune că există patru forme ale managementului de caz, pe care le reluăm în acest context: centrat pe resurse,

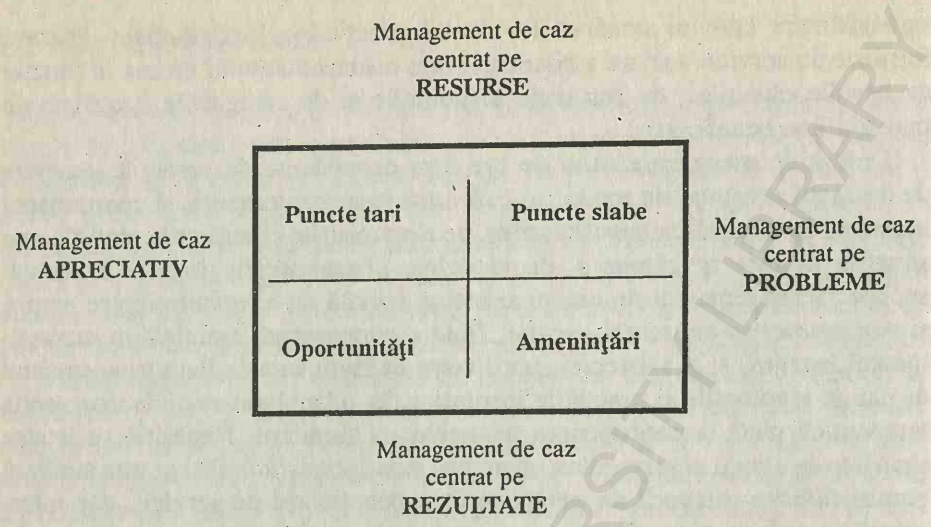


Figura 1. *Forme ale managementului de caz din perspectiva analizei SWOT*

pe rezultate, pe probleme şi management de caz apreciativ, inspirate de modelul analizei SWOT (Cojocaru, 2005, pp. 165-170).

Dacă managementul de caz se orientează, în primul rând, către administrarea şi gestionarea resurselor existente la nivelul beneficiarului şi către obţinerea altora din partea serviciilor sociale sau a reţelelor sociale cărora le aparţine beneficiarul, vorbim despre un *management de caz centrat pe resurse*; această strategie de abordare a cazului şi de administrare a intervenţiilor urmăreşte suplimentarea resurselor pentru acoperirea lipsurilor, carenţelor beneficiarului. Concentrarea, în mod deosebit, asupra obiectivelor şi rezultatelor intervenţiei propuse ne direcţionează spre folosirea unui *management de caz centrat pe rezultate*; în această situaţie, resursa cea mai importantă este canalizată pentru îndeplinirea obiectivelor propuse, constituind o formă importantă de stimulare şi motivare a beneficiarului. Analiza discursului MC şi, implicit, a beneficiarilor serviciilor sociale ne dezvăluie tipul de abordare a intervenţiei; astfel, obiectivele pot fi formulate în termenii obţinerii unor resurse sau rezultate ori ai reducerii ameninţărilor posibile care pot agrava situaţia iniţială a beneficiarilor. În această strategie, intervenţiile asistentului social sunt orientate către identificarea oportunităţilor şi fructificarea acestora, precum şi către reducerea ameninţărilor, a barierelor existente sau potenţiale, care pot împiedica obţinerea rezultatelor dorite. Abordarea situaţiei clientului din perspectiva „paradigmei deficienţei", prin luarea în calcul, în principal, a punctelor slabe, a disfuncţionalităţilor şi ameninţărilor, ne condiţionează să utilizăm un management de caz *centrat pe problemă*. Analiza problemei presupune identificarea punctelor slabe ale situaţiei particulare a clientului şi a mediului în care acesta acţionează, precum şi a piedicilor pe care acesta le întâmpină în rezolvarea propriei probleme. Renunţarea la această strategie

care urmăreşte intervenţia la nivelul disfuncţionalităţilor sociale şi orientarea către punctele forte ale beneficiarului, către oportunităţile acestuia ne condiţionează să apelăm la *managementul de caz apreciativ*. Această tipologie a managementului de caz se remarcă datorită simplităţii şi aplicabilităţii criteriilor de diferenţiere care orientează intervenţia asistentului social.

În practică, putem întâlni forme combinate ale acestor tipuri, iar iniţiativa, experienţa şi creativitatea asistentului social în lucrul cu clientul său îşi pun amprenta asupra specificului managementului de caz utilizat. Cel mai des întâlnită formă a managementului de caz este cea care se centrează pe problemă, cu variaţii ale modului în care se pune accentul pe resurse sau pe rezultate. Pentru aplicarea unui management de caz eficient în domeniul protecţiei copilului, este necesară asigurarea condiţiilor instituţionale, adică a unei structuri care să încurajeze şi să recunoască calităţile acestei metode de intervenţie.

Care sunt etapele managementului de caz ?

Managementul de caz în domeniul protecţiei copilului parcurge mai multe etape, identice în fiecare caz în parte, după cum urmează: 1. identificarea, evaluarea şi preluarea cazului; 2. evaluarea detaliată/complexă a situaţiei; 3. planificarea serviciilor şi intervenţiilor, care presupune realizarea PIP (în cazul copiilor pentru care a fost luată o măsură de protecţie), a PS, pentru copiii aflaţi în familie şi care au nevoie de servicii de prevenire şi a PIS (ce detaliază şi operaţionalizează PIP şi PS); 4. furnizarea serviciilor prevăzute în PIS care vizează atât copilul, cât şi familia biologică, extinsă sau de substitut, sau alte persoane de referinţă pentru copil; 5. monitorizarea şi reevaluarea periodică a progreselor înregistrate în atingerea finalităţilor PIP sau PIS; 6. închiderea cazului în situaţia în care au fost atinse finalităţile propuse în cadrul planurilor de intervenţie.

Aceste etape sunt parcurse în instrumentarea tuturor cazurilor, indiferent dacă se referă la copii care beneficiază de o formă de protecţie, se află în familie sau au fost reintegraţi familial. În legislaţia actuală sunt folosiţi mai mulţi termeni pentru a desemna profesioniştii implicaţi în managementul de caz: a) *managerul de caz* este profesionistul care coordonează toate activităţile necesare atingerii finalităţilor PIP stabilite în cazul copiilor incluşi într-o formă de protecţie; b) *responsabilul de caz pentru prevenire* este similar MC, dar are responsabilităţi legate de urmărirea obiectivelor stabilite în PS pentru copiii aflaţi în familie şi pentru cei care au fost reintegraţi familial; c) *responsabilii cu implementarea PIS* sunt profesioniştii care oferă servicii şi intervenţii specifice fiecărui caz în parte pe arii particulare de competenţă (sănătate, socială, reabilitare, educaţie, consiliere, terapie, acompaniere etc.).

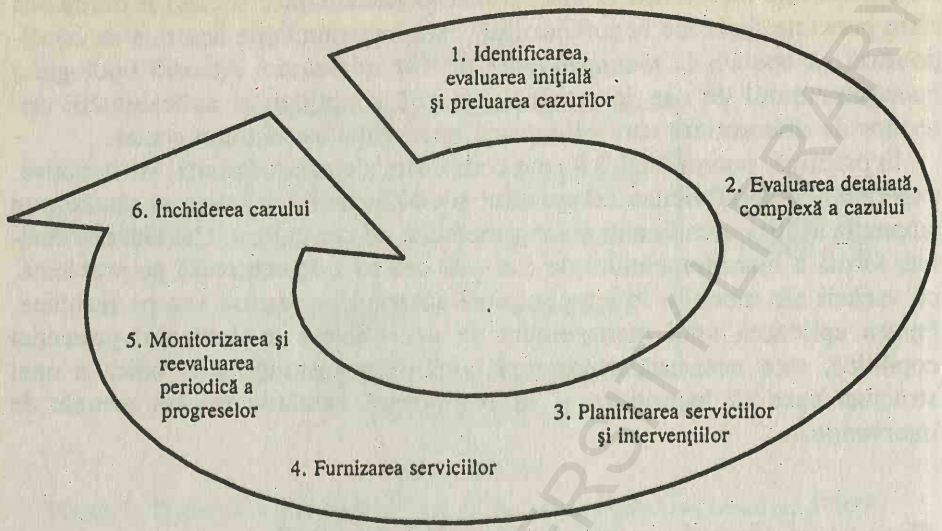


Figura 2. *Etapele managementului de caz*

Cine realizează evaluarea inițială ?

Evaluarea inițială a cazurilor sesizate este realizată de către serviciul public de asistență socială de la nivelul primăriilor (SPAS) sau de către compartimentul de prevenire din cadrul DGASPC de la nivelul sectoarelor municipiului București. Toate sesizările și autosesizările sunt înregistrate la compartimentul de evidență intrări-ieșiri a cazurilor (CEI) din cadrul DGASPC. Din acest motiv, respectivul compartiment poate îngloba *telefonul copilului* (pentru preluarea sesizărilor telefonice) și *echipa mobilă* (pentru evaluarea inițială și intervenția rapidă în cazurile urgente). Evaluările inițiale, chiar în cazurile urgente, sunt realizate tot de SPAS, care poate fi sprijinit de echipa mobilă a DGASPC. Dacă, în urma evaluării inițiale, se constată nevoia instituirii unor servicii de protecție pentru copil, cazul respectiv este transferat compartimentului managerilor de caz (CMC). În această situație, fiecare copil pentru care se impune luarea unei decizii privind plasarea într-o formă de protecție are desemnat un MC care realizează o evaluare detaliată împreună cu membrii echipei multidisciplinare. În cazul sesizării cazurilor de prevenire evaluate inițial de către SPAS, se întocmesc PS pentru fiecare caz în parte, iar acestea sunt raportate trimestrial – împreună cu modificările survenite – către CEI, care întocmește o bază de date cu aceste informații.

Când se realizează evaluarea detaliată ?

Evaluarea detaliată a situaţiei copilului şi familiei sale este realizată de către MC desemnat, împreună cu membrii echipei multidisciplinare, dacă respectivul caz a fost confirmat de către CEI ca fiind de competenţa DGASPC. În condiţiile în care cazul sesizat şi evaluat iniţial nu necesită o formă de protecţie, responsabilul de caz de la nivelul SPAS realizează PS pentru prevenirea separării copilului de familie, ca responsabilitate asumată în urma numirii sale de către primar. În cazul unui copil cu dizabilităţi pentru care se solicită încadrarea într-un grad cu handicap şi care are nevoie de o formă de protecţie, MC colaborează, pentru evaluarea detaliată, cu *responsabilul planului de recuperare* din cadrul serviciului de evaluare complexă (SEC). În acest context, în cadrul serviciului nu există MC, ci doar responsabili cu implementarea planurilor de recuperare. În cazul unui copil cu dizabilităţi aflat în familie şi care are nevoie de servicii, *responsabilul de caz pentru prevenire* (RCP), de la nivelul SPAS, realizează un PC şi colaborează cu responsabilul de implementare a planului de recuperare din cadrul SEC, aceasta fiind o etapă a intervenţiei după realizarea evaluării complexe de către respectivul serviciu.

Evaluarea detaliată a cazului se realizează prin participarea beneficiarilor la procesul de evaluare, iar modul de implicare a acestora se regăseşte în contractul dintre furnizorul de servicii şi beneficiar. Evaluarea detaliată a cazului presupune nu doar identificarea problemelor, carenţelor şi deficienţelor situaţiei familiale a copilului, ci şi a resurselor şi punctelor tari ale acesteia ; se evaluează riscurile la care este expus copilul, dar şi oportunităţile oferite de mediul în care trăieşte, condiţiile şi factorii care pot contribui la creşterea autonomiei familiei şi la îmbunătăţirea condiţiilor de viaţă ale acesteia. Evaluarea detaliată reprezintă, totodată, un proces de analiză a datelor privind starea de sănătate a membrilor familiei, condiţiile de viaţă, abilităţile parentale şi practicile domestice în exercitarea parentalităţii, educaţia şi nivelul veniturilor, modalităţile de gestionare a resurselor materiale şi financiare, precum şi existenţa unui suport din partea familiei lărgite sau a oamenilor din vecinătate. În cazurile complexe, MC sau RCP de la nivelul SPAS pot apela la profesionişti diverşi (specialişti din cadrul structurii proprii a DGASPC sau din alte instituţii, organizaţii etc.). Evaluarea detaliată se realizează doar în cazurile care necesită intervenţii specifice şi are ca rezultat elaborarea unui PS (în cazurile de prevenire) sau a unui PIP (în cazurile care necesită o formă de protecţie specială).

Abordarea individualizată a membrilor familiei se realizează în context, cu scopul completării unei abordări comprehensive a situaţiei familiei (DePanfilis şi Salus, 2003, pp. 69-70) ; nu se poate vorbi doar despre evaluarea copilului, deoarece acesta este tratat ca membru al familiei, care interacţionează cu ceilalţi, ca element al sistemului familial. De aceea, evaluarea ţine cont atât de competenţele individuale ale membrilor familiei, cât şi de mediul în care se

manifestă acestea; cel din urmă reprezintă principala resursă pentru realizarea unor schimbări menite să îmbunătăţească situaţia beneficiarilor. În evaluarea familiei se folosesc *tehnici de culegere a datelor* (observaţie, interviu, teste, scale, analiza documentelor etc.) şi *instrumente de organizare a informaţiilor* (genogramă, ecomapă, anchetă socială, rapoarte de vizită, note realizate pe teren, procese-verbale ale întâlnirilor echipei, ale conferinţei de caz etc.) care vizează mai multe arii de evaluare: socială, medicală, psihologică şi educaţională. Prin orientarea sa, evaluarea detaliată determină tipul de management de caz abordat, pentru că întrebările care dirijează procesul de evaluare devin direcţii de acţiune în intervenţia programată (vezi figura 1).

Cine planifică serviciile şi intervenţiile ?

Planificarea serviciilor şi intervenţiilor reprezintă o etapă a managementului de caz care se concretizează în elaborarea PS (pentru cazurile de prevenire) sau a PIP (pentru cazurile celor intraţi în sistemul de protecţie a copilului). *Planul de intervenţie* (fie că este PS, PIP sau PIS) reprezintă un instrument de organizare şi structurare a activităţii menit să producă schimbările dorite în situaţia beneficiarilor. Planificarea serviciilor/intervenţiilor este un proces, şi nu un rezultat final al activităţii specialistului implicat în modificarea situaţiei beneficiarului, chiar dacă deseori există tendinţa de a considera planul un rezultat principal al activităţii sale. Planul de intervenţie (PS, PIP, PIS) pune în relaţie aşteptările celor implicaţi (profesionişti şi beneficiarul) cu acţiunile ce trebuie realizate într-o anumită perioadă de timp pentru atingerea rezultatelor dorite. Poate de aceea, planul de intervenţie constituie un rezultat al consensului dintre specialist şi beneficiar, în cadrul căruia sunt construite şi negociate aceste aşteptări şi modalităţile practice de obţinere a rezultatelor. Participarea beneficiarului la planificarea serviciilor/intervenţiilor reprezintă o strategie de elaborare şi acceptare a planului de către cele două părţi implicate, iar unul dintre rolurile MC este acela de a sprijini beneficiarul în procesul de luare a deciziilor. În cadrul planului se menţionează obiectivele intervenţiei, rezultatele aşteptate, acţiunile ce trebuie întreprinse şi factorii responsabili pentru realizarea acestora. Pentru ca beneficiarul să înţeleagă aceste aspecte, este important ca specialistul să le exprime într-un limbaj comun, pentru a se evita confuziile şi pentru a-i da beneficiarului posibilitatea să înţeleagă pe deplin sensurile termenilor folosiţi. Planul de intervenţie reprezintă un ghid, un instrument flexibil, util atât beneficiarului, cât şi specialistului implicat, fiind supus unui proces periodic de revizuire şi completare, în funcţie de progresele înregistrate, pe baza reevaluărilor stabilite chiar în cadrul acestuia.

Planificarea serviciilor şi a intervenţiilor se realizează urmărind finalităţile acestora în ceea ce priveşte statusul final al copilului şi al familiei sale. Astfel, în cadrul PS se elaborează obiective prin care se pot măsura progresele

înregistrate în situaţia familiei care are nevoie de servicii de prevenire a separării copilului. PS este întocmit de către SPAS, de către persoanele specializate sau care au atribuţii de asistenţă socială (în mediul rural). Astfel, în cazul planurilor de servicii întocmite de către RCP, Direcţiei Generale de Asistenţă Socială şi Protecţia Copilului (DGASPC) îi revine sarcina de a desemna un MC cu rol metodologic, care îndeplineşte cerinţele standardelor minime de lucru privind managementul de caz, din partea propriei structuri. În unele zone ale ţării, din pricina unei carenţe în ceea ce priveşte pregătirea de specialitate a personalului DGASPC, se apelează şi la desemnarea unor MC din rândul asistenţilor sociali angajaţi ai unor organizaţii nonguvernamentale (ONG) acreditate pentru desfăşurarea serviciilor sociale de prevenire a abandonului, abuzului, neglijării, exploatării copilului sau a traficului de fiinţe umane. Din punctul nostru de vedere, această ultimă strategie este una de criză, deoarece managementul de caz în domeniul protecţiei copilului ar trebui să fie situat doar la nivelul DGASPC, fiind responsabilitatea acestei instituţii de a coordona şi monitoriza accesul la servicii al copiilor aflaţi în dificultate. PS reprezintă o etapă în cadrul proiectului de intervenţie; el se realizează atunci când diferite categorii de persoane solicită sprijin şi, pe baza evaluării iniţiale, se consideră că solicitantul îndeplineşte condiţiile pentru a primi serviciile respective. Indiferent cărei situaţii particulare i se aplică, PS trebuie revizuit din trei în trei luni, pentru măsurarea progreselor înregistrate în situaţia beneficiarului. El cuprinde informaţii despre prestaţiile, serviciile şi intervenţiile adresate copilului şi familiei sale, indiferent de cine sunt oferite acestea.

PIP este documentul prin care se realizează planificarea măsurii de protecţie specială pentru copilul separat de familia sa, a prestaţiilor, serviciilor şi intervenţiilor şi poate avea ca finalitate: a) reintegrarea familială a copilului inclus într-o formă de protecţie; b) adopţia în situaţia în care reintegrarea familială nu este posibilă; şi c) integrarea socioprofesională a tinerilor care trebuie să părăsească sistemul de protecţie. PIP este un instrument elaborat cu scopul organizării şi coordonării activităţii asistenţiale a copilului aflat în dificultate pentru care s-a luat o măsură de protecţie specială. La fel ca şi în cazul PS, PIP este un rezultat al evaluării situaţiei beneficiarului şi se întocmeşte de către MC desemnat pentru instrumentarea cazului, împreună cu echipa multidisciplinară şi cu părinţii copilului. PIP cuprinde planurile de intervenţie, dar se referă în mod special la perioada de rezidenţă într-o formă de protecţie în afara familiei de origine şi are ca finalitate reducerea acestei perioade.

PIS reprezintă *programele de intervenţie specifică* ce reflectă succesiunea de activităţi realizate într-un domeniu particular de competenţă (social, sănătate, educaţie, recuperare etc.) destinate atingerii obiectivelor stabilite în PIP şi PS. PIS detaliază şi completează PS sau PIP în scopul atingerii obiectivelor fixate în aceste planuri.

Un aspect important în elaborarea obiectivelor, indiferent de tipul planului utilizat în diferite situaţii particulare (PS, PIP, PIS), este clarificarea

obiectivelor; astfel, pentru organizarea și coordonarea activităților, planurile prevăd *obiective de implementare* și *obiective de impact*. Obiectivele de implementare se referă la ceea ce se intenționează a se realiza, pe când obiectivele de impact se referă la *situația finală a beneficiarilor*. De exemplu, sprijinirea părinților pentru reintegrarea familială a copilului poate constitui un obiectiv de implementare, iar măsurarea acestuia reprezintă, de fapt, o apreciere a activității specialiștilor implicați în acest proces (măsurabil atât cantitativ, cât și calitativ). În acest caz se urmărește ce fac specialiștii pentru reintegrare în lucrul cu familia (numărul ședințelor/orelor de consiliere, numărul vizitelor la domiciliu, valoarea sprijinului material, valoarea prestațiilor primite etc.). Pe de altă parte, reintegrarea copilului în familia de origine reprezintă un *obiectiv de impact*, pentru că urmărește schimbarea statusului, a situației finale a copilului, și nu activitățile pe care le desfășoară specialiștii. Astfel, eficiența unei intervenții poate fi anticipată de modul în care sunt exprimate obiectivele în cadrul planurilor realizate pentru intervenție: dacă obiectivele sunt *preponderent de implementare*, accentul în evaluarea rezultatelor se pune pe ceea ce face specialistul responsabil cu punerea în practică a planului; dacă obiectivele exprimate sunt *preponderent de impact*, atunci progresele înregistrate se referă la măsurarea schimbărilor care au intervenit în situația beneficiarilor în urma intervențiilor realizate. Planurile de servicii și de intervenție sunt incluse în dosarul beneficiarului, reprezentând documente oficiale ale activității și rezultatelor obținute în instrumentarea cazurilor. Toate aceste instrumente utilizate în planificarea, organizarea și evaluarea intervențiilor se bazează pe principiile abordării individualizate și personalizate, precum și pe implicarea beneficiarului (copil, părinți, alte persoane semnificative și semnificante pentru copil).

Cine furnizează serviciile și realizează intervențiile ?

Intervenția propriu-zisă reprezintă punerea în practică a planului elaborat (PS, PIP, PIS), urmărindu-se obținerea rezultatelor stabilite și măsurabile prin desfășurarea activităților de către specialiștii furnizorului de servicii și de către beneficiar. Această etapă a programului este cea de implementare, prin care toate prevederile planului devin imperative ale acțiunii destinate obținerii răspunsurilor la următoarele întrebări: Ce rezultate se așteaptă? Ce trebuie să facă specialistul implicat? Ce trebuie să facă beneficiarul? Cine mai poate fi implicat? Care sunt responsabilitățile fiecărei părți implicate? Cum se pot obține rezultatele așteptate? Domeniul intervenției este deosebit de divers, iar intervenția personalizată se realizează în funcție de caracteristicile situației beneficiarului și de specificul serviciilor sociale existente. În această etapă se aplică tehnicile de intervenție stabilite în cadrul PS, PIP și PIS, între care amintim o listă din care pot fi extrase doar cele care se pliază pe caracteristicile cazului respectiv: consilierea, participarea la grupurile de suport, ajutorul

financiar/material, consultanţa juridică, terapia individuală sau de grup, oferirea unor informaţii generale de planificare familială, educaţia şi instruirea, acompanierea socială, vizitele la domiciliul beneficiarului, discuţiile cu familia lărgită, facilitarea şi medierea, asistenţa medicală, recuperarea, educaţia, educaţia parentală etc. Pentru fiecare dintre modalităţile de intervenţie utilizate se elaborează instrumente de lucru şi de monitorizare, concretizate în PIS. Toate intervenţiile realizate şi rezultatele obţinute sunt înregistrate în dosarul beneficiarului, urmărindu-se indicatorii stabiliţi în cadrul planurilor de servicii şi de intervenţie. Serviciile primare se referă la toate serviciile de prevenire şi sunt asigurate de către autorităţile publice locale şi ONG. Serviciile specializate se referă la acele servicii destinate protecţiei copilului, iar asigurarea acestora se face de către DGASPC şi ONG.

Ce este monitorizarea intervenţiilor?

Monitorizarea intervenţiilor reprezintă procesul de evaluare a gradului de implementare a planurilor elaborate după realizarea evaluării detaliate. Evaluarea de implementare se referă la verificarea modurilor în care s-au realizat intervenţiile specifice, a coerenţei acestora, a adaptării intervenţiilor la nevoile beneficiarilor, a frecvenţei diferitelor acţiuni şi a felului în care acestea urmăresc finalităţile planurilor de servicii sau ale celor de protecţie. Cu alte cuvinte, monitorizarea intervenţiilor se referă la evaluarea activităţilor diferiţilor specialişti care lucrează la caz, conform indicatorilor cantitativi şi calitativi stabiliţi pentru măsurarea intervenţiilor realizate. De exemplu, dacă finalitatea PIP este reintegrarea familială a copilului, în procesul de monitorizare a intervenţiilor se evaluează activităţile desfăşurate de asistentul social responsabil cu implementarea programului de intervenţie specifică şi menite să crească şansele de întoarcere a copilului în familie: şedinţele de consiliere, vizitele la domiciliu, discuţiile cu autorităţile locale de la domiciliul părinţilor sau cu alte rude ale copilului etc. În acest caz, sunt măsurate acţiunile propriu-zise, faptul că sunt sau nu îndeplinite, frecvenţa lor, gradul de implicare a asistentului social, atitudinea acestuia faţă de activitatea sa etc. Monitorizarea intervenţiilor specifice se realizează de către MC prin discuţii cu specialiştii responsabili cu implementarea programelor de intervenţie specifică, prin întâlniri cu echipa multidisciplinară, în cadrul conferinţelor de caz, şi prin întâlniri cu beneficiarii sau alte persoane reprezentative care au făcut subiectul intervenţiilor. Acest proces nu urmăreşte în mod direct controlul activităţii specialiştilor care lucrează la caz, ci mai degrabă coerenţa intervenţiilor şi succesiunea activităţilor; astfel, monitorizarea intervenţiilor presupune realizarea de către responsabilii intervenţiilor specifice a unor rapoarte lunare *statistice* (pentru construirea unei imagini de ansamblu privind intervenţiile realizate) şi *narative* (în care sunt descrise aspecte particulare, critice ale intervenţiei) şi prezentarea cazurilor deosebite.

Cum se realizează evaluarea rezultatelor intervenţiei ?

Evaluarea rezultatelor intervenţiei se referă la *evaluarea de impact* a efectelor pe care activităţile diverşilor specialişti le au asupra beneficiarilor. Dacă în cazul monitorizării intervenţiilor se pune accentul pe *ceea ce face* specialistul, în procesul evaluării rezultatelor se au în vedere *rezultatele* acestuia asupra situaţiei beneficiarilor. Această etapă a managementului de caz urmăreşte măsurarea progreselor înregistrate de beneficiari în îndeplinirea finalităţii PS sau a PIP. Procesul de evaluare se realizează trimestrial şi se raportează atât la situaţia iniţială a beneficiarilor, cât şi la obiectivele propuse pentru modificarea situaţiei acestora. Frecvenţa evaluărilor periodice ale planurilor de prevenire sau de protecţie se stabileşte în funcţie de complexitatea cazului, de experienţa responsabililor cu intervenţiile specifice, de finalitatea planurilor etc. Şi în acest caz, evaluarea este realizată în funcţie de indicatorii cantitativi şi calitativi stabiliţi pentru măsurarea obiectivelor planificate iniţial. Acest proces de evaluare este coordonat de către MC sau de către RCP, implicând toate persoanele care au lucrat la caz şi membrii familiei pentru care s-au realizat intervenţiile; *coordonatorul CMC* participă şi el la acest proces de evaluare, fiind o persoană-resursă. Pentru realizarea evaluării rezultatelor se apelează la orice tehnică de culegere a datelor (interviu, observaţie, teste şi scale, analiza documentelor etc.), la analiza situaţiei actuale a beneficiarilor, raportată de situaţia iniţială, şi la obiectivele propuse în cadrul planurilor de intervenţie. Din punctul de vedere al practicii instituţionale, evaluarea rezultatelor coincide cu reevaluarea PIP sau a PS. Şi în cazul evaluării rezultatelor, copilul şi familia lui sunt implicaţi în măsurarea progreselor înregistrate, iar revizuirea planurilor este discutată cu aceştia.

Ce înseamnă monitorizarea postservicii ?

Monitorizarea postservicii se referă la procesul de menţinere a contactului cu beneficiarii pentru o anumită perioadă de timp (în medie, trei luni pentru cazurile de reintegrare şi de prevenire şi doi ani în cazul adopţiei) şi de evaluare a situaţiei acestora, fără ca ei să mai beneficieze de servicii. În cazul reintegrării familiale a copiilor care au beneficiat de o formă de protecţie sau în cel al tinerilor care au fost integraţi socioprofesional după părăsirea sistemului de protecţie, monitorizarea postservicii este realizată de către RCP din cadrul SPAS, împreună MC pe baza unui PS. În cazul adopţiei, monitorizarea postservicii este realizată de către MC al copilului, împreună cu responsabilul pentru implementarea PIS. După cum se poate observa, monitorizarea postservicii începe odată cu atingerea finalităţii PIP sau a PS, atunci când s-a ajuns la o soluţie permanentă pentru copil, fiind un proces important în susţinerea beneficiarilor

pentru adaptarea la noua situaţie şi pentru intervenţie atunci când apar modificări la nivelul mediului familial care prezintă riscuri de separare a copilului de familia sa, de abuz, neglijare, exploatare prin muncă sau trafic de persoane.

Când se decide închiderea cazului ?

Închiderea este similară finalizării relaţiei dintre MC, respectiv RCP, responsabilii cu intervenţiile specifice şi beneficiarul serviciilor. În cazul copiilor care beneficiază de o formă de protecţie, *închiderea cazului* coincide cu atingerea finalităţii stabilite în PIP ; pentru cazurile de prevenire, închiderea se realizează atunci când s-au înregistrat progrese privind reducerea riscului de separare a copilului de familia sa, de abuz, neglijare sau exploatare, datorită modificărilor benefice intervenite în situaţia familială a beneficiarului. Atunci când vorbim despre închiderea cazului în domeniul protecţiei copilului, trebuie să avem în vedere situaţiile particulare în care se decide terminarea relaţiei dintre managerul, respectiv responsabilul de caz şi ceilalţi specialişti şi beneficiar. DePanfilis şi Salus (2003, pp. 99-100) vorbesc despre patru tipuri de situaţii : a) finalizarea cazului ; b) referirea ; c) transferul ; şi d) renunţarea din partea beneficiarului.

În cazul modelului propus de noi, *închiderea cazului* pentru un copil care beneficiază de o formă de protecţie este posibilă în două situaţii : finalizarea cazului prin atingerea finalităţilor propuse în PIP şi transferul cazului către un alt CMC din structura altei DGASPC. De exemplu, când un copil se află în asistenţă maternală şi finalizatea PIP este reintegrarea familială, închiderea cazului se realizează în momentul în care acesta a fost reintegrat în familie, modificându-se condiţiile mediului domestic, în aşa fel încât să ofere un mediu sigur pentru copil. În acest caz, odată cu întoarcerea în familie, pentru copilul respectiv se întocmeşte PS de către RCP (de la nivelul SPAS), care propune acţiuni menite să asigure condiţiile optime de viaţă pentru copil. Pentru garantarea succesului reintegrării familiale, asistentul social de la nivelul comunităţii urmăreşte şi sprijină familia pe o perioadă de cel puţin trei luni. Abia după această perioadă de sprijin postreintegrare, el poate decide închiderea cazului, dacă este de părere că serviciile oferite au produs progrese în situaţia familială, iar riscul de reîntoarcere a copilului în sistemul de protecţie a fost semnificativ diminuat sau eliminat. Dacă pentru un copil aflat în asistenţă maternală planul de permanenţă vizează adopţia, atunci MC rămâne acelaşi până la definitivarea adopţiei şi finalizarea perioadei de urmărire postadopţie. În acest caz, asistentul social care lucrează în serviciul de adopţie nu este MC, ci doar responsabil cu implementarea PIS. MC desemnat la deschiderea cazului rămâne acelaşi indiferent de formele de protecţie oferite copilului. În ambele situaţii, închiderea cazului este decisă în urma finalizării intervenţiei şi a obţinerii rezultatelor dorite.

Referirea cazului se referă doar la situaţia în care se întrerupe relaţia dintre un responsabil cu implementarea PIS şi beneficiar, iar MC recomandă accesarea de către beneficiar a altor tipuri de servicii oferite de furnizorii publici şi privaţi. Din acest punct de vedere, în managementul de caz nu se justifică referirea către un alt furnizor de servicii, întrucât managementul de caz este oferit de către DGASPC prin intermediul CMC sau de către RCP din cadrul SPAS. Astfel, referirea este parte integrantă a managementului de caz, reprezentând forma prin care MC conectează beneficiarul la diferite servicii oferite de către furnizori. În situaţia în care copilul este reintegrat familial dintr-o formă de protecţie, MC de la nivelul DGASPC referă cazul către RCP de la nivelul SPAS, dar închiderea se face după perioada de urmărire postreintegrare stabilită în PS realizat la nivel local. Închiderea cazului este decisă de MC pe baza rapoartelor de monitorizare realizate de către responsabilul de la nivelul primăriei.

Transferul cazului se referă la situaţia în care responsabilitatea managementului de caz este transferată către alt CMC al altei DGASPC, din cauza mutării copilului în judeţul sau sectorul respectiv. De exemplu, dacă un copil dintr-un centru de plasament din judeţul Vaslui este adoptat de către o familie din judeţul Vrancea, cazul este transferat de la MC din cadrul CMC al DGASPC Vaslui către CMC al DGASPC Vrancea. Aceeaşi situaţie este întâlnită şi în cazul transferului copilului dintr-o formă de protecţie în alta de pe raza altui judeţ sau sector. Pentru instituţia din care pleacă copilul este vorba despre închiderea cazului prin transfer către un alt furnizor de servicii de protecţie a copilului din alt judeţ (public sau privat) ; trebuie să reţinem faptul că, indiferent de forma de protecţie de care beneficiază copilul, managementul de caz este asigurat de către DGASPC prin intermediul CMC.

Fiind cuprins într-o formă de protecţie, copilul are desemnat un MC, indiferent de voinţa lui sau a părinţilor. De aceea, în situaţia managementului de caz, în ceea ce priveşte protecţia copilului nu poate fi vorba despre închiderea cazului prin *renunţarea beneficiarului* ; în ipoteza în care părinţii sau copiii beneficiari renunţă la relaţia cu MC, DGASPC poate decide desemnarea unui alt MC din propria structură şi transferul cazului către alt MC. Nu este totuna cu închiderea cazului ; cazul continuă să rămână deschis chiar dacă se schimbă MC.

Pentru cazurile de prevenire, managementul de caz utilizează mai multe modalităţi de închidere a cazului, cum ar fi : *finalizarea cazului* atunci când se ajunge la optimizarea condiţiilor de viaţă ale familiei şi reducerea sau înlăturarea riscului de separare, abuz, neglijare sau exploatare, *transferul cazului* către un alt RCP din altă localitate din cauza schimbării domiciliului părinţilor şi *renunţarea din partea beneficiarului*. După cum observăm, închiderea cazurilor de prevenire este decisă de către RCP, în colaborare cu specialiştii care realizează intervenţii pe caz. Aceştia pot decide închiderea atunci când situaţia problematică din familie a fost rezolvată, când se asigură că părinţii sau rudele (în situaţia în care copiii sunt plasaţi în familia lărgită) au dobândit

cunoştinţe, abilităţi şi competenţe pentru îngrijirea şi educaţia copilului, când sursele de risc au fost diminuate sau eliminate. *Transferul cazului* este situaţia care duce la închiderea cazului atunci când copilul, împreună cu familia sa, îşi schimbă domiciliul, iar RCP înaintează autorităţilor locale, respectiv responsabilului de caz de la nivelul primăriei noului domiciliu, PS şi evaluarea situaţiei familiei în momentul transferului. Refuzul beneficiarului poate constitui un motiv pentru închiderea cazului, dar decizia este luată în urma unei analize amănunţite în ceea ce priveşte motivele care duc la acest refuz. Dacă refuzul nu este în interesul copilului, responsabilul de caz poate solicita sprijinul consiliilor comunitare consultative ale autorităţilor locale pentru a convinge familia să colaboreze în vederea reducerii riscurilor la care este supus copilul.

Cine decide închiderea cazului ?

În situaţia copiilor care beneficiază de o formă de protecţie, cazul este propus pentru închidere de către MC şi este aprobat de către coordonatorul CMC. Pentru cazurile de prevenire, închiderea cazului este propusă de RCP şi aprobată de către coordonatorul SPAS sau de către primar. Închiderea cazului este raportată la CEI de către MC din cadrul DGASPC, respectiv de RCP de la nivelul SPAS sau al unui ONG.

Cine poate fi manager de caz ?

MC poate fi asistentul social cu studii de licenţă în asistenţă socială, care are o experienţă de cel puţin doi ani în serviciile pentru protecţia copilului. Din pricina lipsei de personal de specialitate în sistemul de protecţie a copilului, în standarde sunt prevăzute şi alte condiţii pe care trebuie să le îndeplinească MC, extinzându-se, în acest context, posibilitatea ocupării acestor poziţii în structura DGASPC. Astfel, în situaţii speciale, poate fi MC şi asistentul social cu studii de licenţă în asistenţă socială care are un an vechime, dar care a urmat cursuri de pregătire în managementul de caz în ultimul an. Totodată, MC pot fi şi alţi absolvenţi cu studii socioumane sau medicale, care au o vechime în serviciile de protecţie a copilului de cel puţin trei ani, sau absolvenţi cu studii superioare ai altor specializări care au urmat un curs postuniversitar în domeniul asistenţei sociale şi care au o vechime de cel puţin cinci ani în domeniul protecţiei copilului. Coordonatorul CMC trebuie să îndeplinească cel puţin condiţiile ocupării poziţiei de MC.

MC este profesionistul care coordonează activităţile de asistenţă socială şi de protecţie specială pe baza evaluărilor detaliate ale situaţiilor particulare ale fiecărui caz în parte, asigură accesul la servicii de calitate conform *interesului*

superior al copilului, monitorizează rezultatele acţiunilor realizate de către ceilalţi specialişti din echipa multidisciplinară, evaluează gradul de implementare a acţiunilor menite să atingă finalităţile PIP stabilite şi a impactului acestor acţiuni asupra situaţiei copilului. MC este cel care coordonează toate acţiunile necesare pentru evaluarea detaliată a situaţiei copilului şi a familiei sale şi, cu ajutorul specialiştilor din cadrul echipei multidisciplinare, elaborează PIP, revizuieşte periodic aceste planuri în funcţie de situaţiile specifice ale fiecărui caz în parte şi de rezultatele pe care le au intervenţiile specifice. Fiind o sarcină care pune accentul pe luarea deciziilor, pe coordonare şi pe asigurarea serviciilor (LeVine şi Salee, *apud* DePanfilis şi Salus, 2003, p. 85), se impune selectarea unor profesionişti cu pregătire specializată. Subliniem faptul că este important ca persoanele desemnate MC să aibă experienţă şi pregătire de specialitate în acest domeniu.

Cine poate fi responsabil de caz de prevenire ?

După cum arată şi studiul nostru cu privire la evaluarea serviciilor de prevenire, acest domeniu se caracterizează printr-o *slabă profesionalizare a resurselor umane* şi printr-o lipsă a personalului de specialitate la nivelul serviciilor de asistenţă socială din cadrul primăriilor (vezi tabelele 32 şi 33). De aceea, în situaţia actuală, condiţiile pentru ocuparea acestor poziţii în structura serviciilor de prevenire sunt minimale : persoanele trebuie să fie cel puţin absolvenţi de liceu cu diplomă de bacalaureat şi să aibă o experienţă de muncă de cel puţin doi ani în servicii sociale. Coordonatorul SPAS sau al compartimentului de prevenire trebuie să îndeplinească cel puţin condiţiile minime de angajare ale RCP.

Cine supervizează managerii de caz ?

Supervizarea este un proces de sprijinire a MC sau a RCP, fiind „una dintre cele mai importante şi puternice relaţii profesionale" (Cojocaru, 2005, p. 116), care se concentrează asupra a *ceea ce face* (dimensiunea administrativă), *ceea ce simte* (dimensiunea terapeutică) şi *ceea ce gândeşte* (dimensiunea educativă) supervizatul. Ea poate fi realizată de *supervizori interni* (din cadrul organizaţiei) sau *externi* (specialişti angajaţi special pentru această activitate, din afara organizaţiei) ; totodată, ca formă de realizare, supervizarea poate fi *individuală* sau *de grup*, iar ca viziune de intervenţie poate fi *centrată pe problemă* sau *apreciativă*. Nu ne propunem aici să teoretizăm aceste forme ale supervizării, avantajele sau dezavantajele fiecărui tip în parte, dar pentru informaţii suplimentare poate fi consultată lucrarea noastră din 2005 (Cojocaru, pp. 107-157). De obicei, supervizarea se realizează lunar pentru a constitui,

într-adevăr, un sprijin pentru supervizaţi ; se recomandă ca şedinţa de supervizare individuală să aibă o durată de aproximativ 45 de minute, iar cea de grup de aproximativ 90 de minute. Activitatea de supervizare se realizează pe baza unui contract între instituţie şi supervizor, pe de o parte, şi a unuia între supervizor şi supervizat, pe de altă parte. Supervizorul trebuie să aibă o experienţă de cel puţin cinci ani în servicii sociale şi trei ani mai mult decât persoana supervizată, având complementar o pregătire specializată în domeniul supervizării.

Când se decide desemnarea unui manager de caz ?

Dacă, în urma evaluării iniţiale, se constată că există riscuri majore de abuz la care este supus copilul în ceea ce priveşte modurile de exercitare a parentalităţii, iar specialiştii consideră că este nevoie de luarea unei măsuri de protecţie, şeful CMC desemnează în scris un manager pentru instrumentarea cazului. Desemnarea managerului se face ţinând cont de complexitatea cazului, de experienţa lui în cazuri similare, de numărul de cazuri aflate în evidenţă şi de posibilităţile de evitare a unor incompatibilităţi (rude, vecini etc.). Astfel, oricărui copil intrat în sistemul de caz i se desemnează un manager care planifică intervenţiile astfel încât, în cel mai scurt timp posibil, acesta să beneficieze de un mediu familial sigur şi permanent. Cu alte cuvinte, MC funcţionează, în această accepţiune, doar în situaţia în care copilul intră în sistemul de protecţie. Pentru toate celelalte situaţii în care copilul este în familie, iar aceasta are nevoie de asistenţă, activităţile sunt coordonate de către RCP din cadrul SPAS sau al ONG. Din perspectiva strategiilor în domeniul protecţiei şi bunăstării copilului şi a legislaţiei din domeniu, DGASPC nu mai au responsabilităţi directe în organizarea unor servicii de prevenire, cu excepţia direcţiilor din sectoarele municipiului Bucureşti, acest lucru fiind în responsabilitatea autorităţilor locale. Orientarea spre servicii de prevenire, de consolidare a familiei şi de educaţie parentală reprezintă unul dintre punctele-cheie ale promovării şi apărării drepturilor copilului ; în ultima vreme, mass-media a informat opinia publică despre numeroase abuzuri realizate de către părinţi în ceea ce priveşte creşterea, îngrijirea şi educaţia propriilor copii (copii ţinuţi în lanţuri, în cuşti etc.). Din punctul nostru de vedere, aceste comportamente abuzive sunt şi un efect al slabei influenţe pe care o are autoritatea locală în mediul domestic, al lipsei educaţiei parentale, al unei intervenţii nesemnificative a specialiştilor în spaţiul domestic. Familia, în logica sa domestică, nu a încorporat valorile şi prescripţiile instituţionale referitoare la apărarea drepturilor copilului.

Ce legătură există între managerul de caz și responsabilul de caz ?

În condițiile în care DGASPC optează pentru înființarea unui CMC, nu se mai poate vorbi de *responsabili de caz în domeniul protecției copilului* și, astfel, se elimină toate confuziile generate de utilizarea acestei denumiri și de inconsecvențele din practicile instituționale. Pe de altă parte, putem vorbi despre *responsabili cu intervențiile specifice*, care sunt angajați în serviciile oferite copilului, indiferent dacă acesta se află într-o formă de protecție sau în familie, cuprinzând categorii diferite de profesioniști cu roluri în asigurarea unor servicii pe arii specifice de competență (socială, medicală, psihologică, educațională, recuperare și reabilitare etc.). Între MC și responsabilii cu intervențiile specifice există relații de colaborare, aceștia din urmă fiind membri ai echipei multidisciplinare constituite pentru rezolvarea situațiilor particulare ale copiilor. MC are rolul de a conecta beneficiarii la rețeaua de servicii și de a-i direcționa către acești profesioniști; în situația în care intervențiile specifice realizate de către furnizorii de servicii nu produc efectele scontate sau atunci când serviciile nu sunt oferite, MC este cel care îndeplinește funcția de *advocacy*, respectiv influențează deciziile unui anumit furnizor de servicii în vederea îmbunătățirii calității acestor servicii. Situațiile sunt similare în cazurile de prevenire. PS întocmit de RCP include serviciile de care trebuie să beneficieze copilul și familia sa și care sunt oferite în comunitate sau la nivel județean (de exemplu, serviciile specializate în reabilitarea și recuperarea copilului cu dizabilități), relația responsabilului de caz cu responsabilii intervenției specifice fiind una de colaborare.

Ce este compartimentul managerilor de caz ?

CMC face parte din structura DGASPC și se subordonează directorului executiv, având drept sarcină coordonarea metodologică a tuturor acțiunilor destinate urmăririi PIP a copiilor pentru care se instituie o măsură specială de protecție. Acest compartiment funcționează în sediul DGASPC, având un spațiu distinct pentru desfășurarea activității, și cuprinde toți MC desemnați pentru copiii cuprinși într-o formă de protecție. Structura de personal a CMC este adaptată nevoilor existente la nivelul DGASPC, iar conform normelor de calitate a serviciilor, fiecare MC instrumentează lunar 30 de cazuri active. Pentru a fi operațională, metoda managementului de caz presupune includerea acestui compartiment în structura organizatorică a DGASPC. Totodată, MC oferă coordonare metodologică pentru cazurile de prevenire a separării copilului de familia sa puse la dispoziție de către serviciile existente la nivel local. Pentru eficientizarea activității, DGASPC poate include în acest compartiment MC

care au atribuţii doar în sfera coordonării metodologice a RCP din cadrul serviciilor publice specializate. În cele mai multe direcţii din ţară funcţionează deja compartimente de coordonare metodologică a activităţii de la nivelul primăriilor, acestea având resursele necesare pentru orientarea personalului în direcţia implementării managementului de caz la nivelul prevenirii separării copilului de familie, prevenirii abuzului, neglijării şi exploatării prin muncă. Conform legislaţiei actuale din domeniul protecţiei copilului, responsabilitatea organizării serviciilor de prevenire revine în mod prioritar şi obligatoriu autorităţilor publice locale, dar acestea invocă deseori lipsa resurselor umane şi financiare pentru organizarea unor astfel de servicii. Datorită faptului că cei mai mulţi angajaţi în serviciile de prevenire de la nivelul comunităţii nu au studii de specialitate în asistenţă socială (cercetarea noastră a identificat această carenţă a sistemului de servicii sociale), se impune această coordonare metodologică din partea DGASPC. Implementarea managementului de caz în domeniul protecţiei copilului prin înfiinţarea acestui compartiment creează oportunităţi de restructurare a DGASPC şi asigură adaptarea acesteia la noile cerinţe privind protecţia copilului, redistribuirea personalului şi, implicit, a intervenţiilor acestuia. CMC este responsabil de realizarea PIP a tuturor copiilor pentru care a fost luată o măsură de protecţie, de reevaluarea trimestrială a activităţilor şi rezultatelor din perspectiva urmăririi finalităţilor acestor planuri. Pentru recunoaşterea importanţei şi clarificarea responsabilităţilor şi a relaţiilor cu celelalte servicii sau birouri din cadrul DGASPC, CMC este organizat şi funcţionează conform unei metodologii unitare, integrată în regulamentul de organizare şi funcţionare a DGASPC. Doar desemnarea MC, răspândiţi în diferite servicii ale direcţiei (asistenţa maternală, serviciul rezidenţial etc.), nu este totuşi suficientă pentru crearea unor condiţii structurale în vederea implementării managementului de caz. Înfiinţarea unui CMC în structura proprie a DGASPC reprezintă, în acelaşi timp, şi o condiţie pentru dezvoltarea profesionalismului, a specializării şi pentru separarea activităţilor de planificare, organizare, coordonare şi evaluare de cele specifice intervenţiilor specializate.

Cui se subordonează compartimentul managerilor de caz ?

Pentru atingerea unei funcţionalităţi optime, CMC se subordonează *directorului general executiv* al DGASPC. Această opţiune, corelată cu faptul că activitatea de management de caz nu poate fi contractată, defineşte în mod esenţial rolul directorului executiv (cu atribuţii în protecţia copilului) de coordonator al serviciilor sociale oferite copilului pentru care s-a luat o măsură de protecţie. Astfel, el este un manager al serviciilor destinate protecţiei şi îngrijirii copilului, coordonând activitatea personalului ce oferă aceste servicii. Din acest punct de vedere, poziţionarea CMC în subordinea directorului general al DGASPC clarifică rolurile, competenţele şi responsabilităţile tuturor furnizorilor de

servicii, fie ei publici sau privaţi. Astfel, *directorul executiv cu atribuţii în protecţia copilului* este aidoma oricărui coordonator din sectorul privat care oferă servicii de protecţie, fiind asimilat funcţiei de manager al serviciilor furnizate. Din perspectiva posibilităţii contractării serviciilor sociale, subordonarea CMC faţă de directorul general oferă posibilitatea organizării instituţionale pentru contractare, DGASPC rămânând instituţia responsabilă cu evidenţa tuturor cazurilor, elaborarea PIP şi monitorizarea modalităţilor în care sunt urmărite finalităţile PIP de către responsabilii PIS.

Pentru a fi mai expliciţi, să luăm în discuţie situaţia unui copil care se află în asistenţă maternală şi care urmează să fie reintegrat; copilul respectiv are desemnat un MC care a propus, ca finalitate a PIP, *reintegrarea familială*. Pentru aceasta, responsabilul cu implementarea PIS din cadrul serviciului de asistenţă maternală lucrează împreună cu familia copilului şi cu asistentul social de la nivelul primăriei unde îşi are domiciliul familia. Directorul executiv cu atribuţii în protecţia copilului din cadrul DGASPC coordonează activităţile tuturor responsabililor cu implementarea PIS din direcţie. În cazul nostru, el coordonează activitatea asistenţilor sociali şi a psihologilor din cadrul serviciului de asistenţă maternală, urmărind asigurarea resurselor necesare atingerii finalităţii PIP stabilite de MC împreună cu echipa multidisciplinară. Acelaşi proces se desfăşoară şi în cazul în care copilul se află într-o familie de asistenţi maternali angajată a unei ONG; asistentul social al copilului din cadrul organizaţiei respective urmăreşte reintegrarea copilului, stabilită ca finalitate PIP de către MC al DGASPC, dar se subordonează managerului organizaţiei respective. Subordonarea CMC faţă de directorul general are în vedere şi generalizarea utilizării acestei metode în alte servicii, destinate adulţilor cu dizabilităţi sau persoanelor de vârsta a treia, oferind posibilitatea integrării serviciilor. Totodată, subordonarea CMC faţă de directorul executiv asigură condiţii şi pentru *organizarea DGASPC pe departamente* ca furnizori de servicii şi poate facilita procesul de contractare a acestora. După cum se ştie, DGASPC au devenit un conglomerat care a adunat şi a dezvoltat servicii specializate pentru diferite categorii de persoane, a devenit o structură birocratică, rigidă şi prea puţin eficientă care tinde să se îndepărteze din ce în ce mai mult de misiunea care a stat la baza înfiinţării lor. Un exemplu în acest sens este furnizat de analiza resurselor umane existente în cadrul acestor instituţii, care tinde să se plieze pe aspectele administrative în detrimentul celor de intervenţie specifică destinate beneficiarilor. Numărul asistenţilor sociali care lucrează în aceste instituţii este slab reprezentat în raport cu numărul total de angajaţi, cu numărul beneficiarilor şi cu nevoile acestora (3,7% dintre angajaţii DGASPC sunt absolvenţi de asistenţă socială, vezi tabelul 91).

Ce avantaje există atunci când funcţionează un compartiment al managerilor de caz ?

Pentru schimbarea practicilor instituţionale este nevoie de mai mult decât de o schimbare a retoricii instituţionale. Studierea practicilor în domeniul protecţiei copilului ne-a ajutat să înţelegem faptul că schimbarea practicilor instituţionale poate fi realizată în condiţiile creării unei structuri care să genereze aceste practici. De aceea, recomandarea noastră de a înfiinţa un CMC este tributară acestei idei şi promite o serie de avantaje structurale şi funcţionale care pot conduce la îmbunătăţirea serviciilor destinate copiilor şi familiilor lor, la reducerea perioadei de şedere a copiilor care intră în sistemul de protecţie, la diminuarea riscurilor la care sunt supuşi copiii şi, implicit, a intrărilor noi în sistemul de protecţie prin stimularea şi sprijinirea autorităţilor locale în dezvoltarea serviciilor de prevenire. Din punctul nostru de vedere, înglobarea în DGASPC a unui compartiment care să asigure managementul de caz produce modificări profunde asupra structurii acestora, dar mai important este faptul că poate avea efecte benefice în ceea ce priveşte generarea unor practici adaptate nevoilor beneficiarilor şi comunităţii. Acceptarea şi înfiinţarea unui CMC poate avea, din punctul nostru de vedere, mai multe avantaje:

- *Delimitarea foarte clară a sarcinilor şi responsabilităţilor şi eliminarea ambiguităţilor existente în sistemul de protecţie a copilului privind managementul de caz*

  În prezent, standardele minime obligatorii produc foarte multe confuzii legate de MC, responsabilul de caz şi responsabilul cu implementarea PIS, deoarece nu delimitează atribuţiile de planificare, organizare şi evaluare de cele legate de intervenţia specifică. Astfel, în etapa de documentare a cercetărilor noastre privind practicile în domeniul protecţiei copilului, am întâlnit numeroase situaţii în care responsabilul de caz era în acelaşi timp şi MC; subiecţii intervievaţi nu au putut să opereze diferenţe clare în ceea ce priveşte atribuţiile celor două sfere de intervenţie, iar vocabularul instituţional este confuz în legătură cu definirea unor practici distincte în cele două situaţii. Mai mult decât atât, dincolo de practicile diferite ale DGASPC în diverse zone din ţară, au fost identificate chiar practici diferite în cadrul aceleiaşi instituţii, dar şi percepţii diferite asupra managementului de caz ale persoanelor de specialitate care lucrează în cadrul aceluiaşi serviciu. Recomandarea noastră de a înfiinţa un CMC, dincolo de a introduce un nou element în structura organizatorică a DGASPC, urmăreşte şi clarificarea acestor neînţelegeri generate de structura existentă, şi delimitarea responsabilităţilor diferite ale persoanelor care au atribuţii diferite.

- *Clarificarea rolurilor furnizorilor de servicii (publici şi privaţi) în dinamica serviciilor oferite pentru protecţia copilului sau pentru prevenirea separării copilului de familia sa, a abuzului, neglijării, exploatării prin muncă sau a traficului*

Prin păstrarea unității și centralizării în ceea ce privește intrările în sistemul de protecție, managementul de caz la nivelul DGASPC poate clarifica rolurile diferiților furnizori de servicii, construind o relație de egalitate între cei publici și cei privați, generând chiar o competiție în ceea ce privește calitatea serviciilor oferite și eficiență în atingerea finalităților stabilite în PIP.

- *Crearea condițiilor pentru restructurarea DGASPC prin înființarea unor departamente care oferă servicii specializate*

Subordonarea compartimentului de caz față de directorul executiv (general) reprezintă și o modalitate de clarificare a rolului DGASPC în furnizarea serviciilor specializate. Directorul executiv cu atribuții în domeniul protecției copilului devine, în această viziune, un manager al serviciilor oferite minorilor aflați într-o formă de protecție, care are responsabilități în organizarea acestor servicii, astfel încât să poată, prin personalul din serviciile coordonate, să urmărească finalitățile PIP. Din acest punct de vedere, el nu mai are responsabilități în ceea ce privește intrarea copiilor în sistem și nici în managementul cazului. Astfel, desprinderea CMC de serviciile de protecție oferite în cadrul DGASPC reduce conflictul de interese (existent în momentul în care MC este și responsabil de caz) și ajută la crearea unei *structuri departamentale a DGASPC* ca formă de organizare a serviciilor oferite copiilor și părinților acestora.

- *Reducerea cheltuielilor administrative în condițiile creșterii calității serviciilor oferite, adaptate nevoilor beneficiarilor*

Ca un rezultat al organizării CMC, aminteam consolidarea unor condiții de restructurare a DGASPC într-o formă policelulară de tip departamental. Acest lucru are efecte și asupra reducerii cheltuielilor administrative prin gestionarea resurselor la nivelul acestor structuri. În discuțiile noastre cu reprezentanți ai DGASPC am identificat numeroase probleme de ordin administrativ, mai ales în departamentele care au o structură centralizată. Licitațiile, achizițiile materiale și gestionarea alocării resurselor sunt greoaie și ineficiente din pricina faptului că acestea se fac la nivelul DGASPC.

- *Creșterea numărului angajaților de specialitate, precum și reducerea costurilor administrative*

În condițiile reducerii costurilor administrative și creșterii eficienței în ceea ce privește atingerea finalităților PIP, sistemul de protecție a copilului poate câștiga prin atragerea unui personal de specialitate care să lucreze direct cu beneficiarii (asistenți sociali, psihologi, kinetoterapeuți, educatori, ergoterapeuți etc.).

- *Menținerea unui singur MC pentru copil, indiferent de forma de protecție în care se găsește acesta*

Organizarea CMC asigură continuitate în ceea ce privește protecția copilului, monitorizarea și evaluarea unitară a cazurilor, precum și păstrarea aceluiași MC pentru copilul cuprins într-o formă de protecție. De exemplu, în cazul în care copilul se află într-o unitate de tip familial, de acolo ajungând într-o

familie de asistenţă maternală şi apoi în familia biologică, pe tot parcursul lui instituţional MC rămâne acelaşi. În cazul nostru, managerul lucrează cu diferiţi responsabili de implementarea PIS poziţionaţi în diferite servicii (fie din cadrul DGASPC, fie din cadrul unor ONG).

- *Crearea contextului pentru contractarea serviciilor sociale destinate copilului şi familiei sale unor furnizori privaţi, în condiţiile monitorizării situaţiei copiilor de către DGASPC*

Dacă DGASPC, prin CMC, păstrează monitorizarea situaţiilor tuturor copiilor aflaţi într-o formă de protecţie, publică sau privată, aceasta reprezintă una dintre condiţiile esenţiale ale contractării serviciilor şi dezvoltării graduale a acestui proces. Astfel, costurile pe care le presupune fiecare copil pot fi în mod realist calculate în funcţie de serviciile oferite, constituind repere fundamentale ale contractării. În momentul în care se ia o decizie pentru asigurarea unei forme de protecţie a copilului, DGASPC desemnează din structura proprie un MC care realizează PIP, monitorizează şi evaluează modul în care acesta este urmărit de către furnizorul de servicii public sau privat şi poate interveni oricând pentru îmbunătăţirea calităţii serviciilor oferite copilului şi familiei sale. De aceea, precizăm faptul că managementul de caz este printre puţinele servicii ale DGASPC care nu pot fi contractate, această instituţie fiind responsabilă de modul în care se asigură serviciile adaptate nevoilor copilului – cum sunt cele integrate – şi se răspunde nevoilor acestuia.

- *Creşterea oportunităţilor de integrare a serviciilor medicale, sociale, educaţionale, de recuperare etc., în condiţiile mobilizării resurselor pentru reducerea costurilor*

Una dintre funcţiile managementului de caz este aceea de integrare a serviciilor prin creşterea accesului beneficiarilor la acestea. Definirea unui CMC în cadrul structurii DGASPC poate constitui o condiţie de reprezentare şi de facilitare a accesului beneficiarilor la diferite servicii, atât la cele oferite de către DGASPC, cât şi la unele furnizate de alte instituţii, cum ar fi cele de sănătate şi de educaţie.

- *Generarea unor noi practici instituţionale în cadrul serviciilor oferite, inspirate de noua structură organizaţională*

Schimbarea structurii DGASPC conduce, în mod direct, la o modificare a practicilor instituţionale, datorită noilor definiţii operate în discursul culturii instituţionale. Prin delimitarea MC de persoana responsabilă cu implementarea PIS, se ajunge la un alt tip de relaţie între cele două categorii de persoane. MC este cel care evaluează modul de realizare a PIP şi urmăreşte dacă programele de intervenţie conduc sau nu la atingerea finalităţilor propuse.

- *Redimensionarea serviciilor oferite prin urmărirea PIP şi reducerea perioadei de cuprindere a copiilor într-o formă de protecţie*

Aplicarea managementului de caz în cadrul unei structuri care înglobează un compartiment special destinat acestei activităţi poate conduce la reducerea

duratei de ședere a copiilor în sistemul de protecție. *MC nu mai este propriul evaluator al rezultatelor și impactului intervențiilor specifice* pe care le programează, inițiază și desfășoară ; aceste activități urmează a fi realizate de către o altă persoană, care poartă răspunderea în ceea ce privește reintegrarea copilului în familia naturală sau extinsă, în clarificarea situației juridice a copilului pentru deschiderea procedurii de adopție sau în integrarea socioprofesională a tinerilor.

- *Dezvoltarea serviciilor de prevenire la nivelul autorităților locale și sprijinirea acestora prin schimbarea politicii de alocare a resurselor destinate bunăstării copilului*

Dezvoltarea serviciilor de prevenire este una dintre axele cele mai importante ale dezvoltării serviciilor destinate copilului și familiei sale, constituind o soluție extrem de eficientă pentru dezvoltarea identității copilului în cadrul propriei familii. Odată cu modificările legislative introduse în anul 2005 de aplicarea Legii nr. 272/2004, s-a schimbat și filosofia în ceea ce privește protecția copilului. Se pune acum accentul pe respectarea și promovarea drepturilor copilului, legea de mai sus referindu-se nu doar la cei aflați în dificultate, ci la toți copiii din România, și afirmând că

> răspunderea pentru creșterea și asigurarea dezvoltării copilului revine în primul rând părinților, aceștia având obligația de a-și exercita drepturile și de a-și îndeplini obligațiile față de copil, ținând seama cu prioritate de interesul superior al acestuia. În subsidiar, responsabilitatea revine colectivității locale din care fac parte copilul și familia sa. Autoritățile administrației publice locale au obligația de a sprijini părinții sau, după caz, alt reprezentant legal al copilului în realizarea obligațiilor ce le revin cu privire la copil, dezvoltând și asigurând în acest scop servicii diversificate, accesibile și de calitate, corespunzătoare nevoilor copilului. Intervenția statului este complementară ; statul asigură protecția copilului și garantează respectarea tuturor drepturilor sale prin activitatea specifică realizată de instituțiile statului și de autoritățile publice cu atribuții în acest domeniu (Legea nr. 272/2004).

Odată cu intrarea în vigoare a acestei legi, observăm o susținere a politicilor publice pentru dezvoltarea serviciilor de prevenire a separării copilului de familia sa, a abuzului, neglijării și exploatării prin muncă, întrucât prevederile legislative alocă cel mai important rol părinților și încurajează păstrarea copiilor în familie. Modelul propus de noi poate conduce la reducerea numărului de copii din sistemul de protecție și poate sprijini, prin dezvoltarea managementului de caz în domeniul prevenirii, *reducerea numărului de noi intrări ale copiilor în sistemul de protecție*. Acest lucru poate fi sprijinit și prin schimbarea modului de alocare a resurselor financiare, care pot fi direcționate de la nivel județean spre autoritățile locale responsabile de astfel de servicii, alături de reducerea costurilor sistemului de protecție.

- *Monitorizarea eficientă a situaţiei copiilor aflaţi în familia lărgită, care reprezintă în momentul actual o „cutie neagră" în ceea ce priveşte calitatea îngrijirii acestora*

Aşa cum menţionăm şi în studiul nostru, există un număr ridicat de copii care sunt îngrijiţi de familia lărgită (peste 30.000 de copii la nivel naţional), fără ca aceasta să fie considerată în mod tradiţional o formă de protecţie a sistemului. Aplicarea managementului de caz după modelul propus de noi ar reuşi să transfere responsabilitatea monitorizării situaţiei acestei categorii de copii spre serviciile de la nivel local, fără a mai împovăra sistemul de protecţie cu această activitate. În plus, monitorizarea, evaluarea şi intervenţia pot fi mai eficiente şi mai puţin costisitoare, constituind una dintre responsabilităţile RCP.

Dincolo de aceste avantaje trecute în revistă, considerăm că înfiinţarea unui CMC reprezintă o opţiune încurajată şi de avantajele pe care managerii DGASPC le definesc şi le identifică în funcţie de obiectivele stabilite în strategia judeţeană şi de planurile manageriale.

Ce dificultăţi apar atunci când se decide înfiinţarea unui compartiment al managerilor de caz?

Din discuţiile purtate cu reprezentanţii echipelor de manageri ai DGASPC din toată ţara a reieşit lipsa resurselor umane pregătite şi instruite pentru a realiza o structură organizaţională care să includă un CMC. La rândul nostru, am observat o penurie a resurselor umane cu studii de licenţă de asistenţă socială la nivelul DGASPC, şi asta din mai multe motive:

- *salariile nemotivante*, care conduc la fluctuaţia personalului de specialitate, la transformarea DGASPC într-o „trambulină de lansare" pentru specialiştii care dobândesc experienţă şi cunoştinţe în practicile din domeniu. Este adevărat că, deşi se afirmă că una dintre principalele preocupări ale societăţii o reprezintă bunăstarea copilului, profesioniştii din domeniu se numără printre categoriile cel mai slab valorizate, apreciate şi remunerate;
- încadrarea în structurile sociale a unui *număr ridicat de persoane cu atribuţii conexe celor de intervenţie directă* şi oferirea de servicii. Centralizarea la nivel judeţean a administraţiei serviciilor sociale publice a creat o structură administrativă extinsă, care presează din punct de vedere bugetar costurile serviciilor oferite beneficiarilor şi determină practici birocratice puţin eficiente social;
- *creşterea continuă a nevoilor şi costurilor protecţiei copilului*, în condiţiile reducerii numărului de copii din sistemul de protecţie, ne indică nevoia schimbării structurii instituţiei de protecţie, reevaluarea misiunii acesteia şi adaptarea serviciilor sociale specializate la nevoile comunităţii;

- menţinerea atenţiei politicilor publice asupra unor *servicii specializate de protecţie*, în detrimentul celor de prevenire a separării copilului de părinţii săi, de prevenire a abuzului, neglijării şi exploatării prin muncă, a traficului de persoane;
- retoricile publice *centrate pe copil*, alături de practicile instituţionale *centrate pe sistem* potenţează incapacitatea acestora de a propune şi de a realiza modificări profunde în ceea ce priveşte structura serviciilor şi adaptarea acestora la nevoile existente în comunitate.

Este tot atât de important de subliniat faptul că, alături de lipsa personalului de specialitate, schimbarea structurii generează disfuncţii, readaptări permanente şi turbulenţe în sistem. Pe de altă parte, trebuie să remarcăm că sistemul de protecţie a copilului a trecut prin numeroase modificări şi schimbări, fiind unul dintre elementele celei mai flexibile structuri instituţionale din România. În perioada de după '89, instituţia de protecţie a generat modele de servicii şi practici inovatoare, fiind una dintre puţinele structuri care a reuşit să încorpozeze practici internaţionale complexe şi adaptate la specificul românesc. De aceea, considerăm că sistemul de protecţie poate fi modificat profund, dincolo de zdruncinarea structurii interne, pentru a deveni o structură mai flexibilă, eficientă şi mai adaptată nevoilor beneficiarilor.

Cine întocmeşte planul individualizat de protecţie?

PIP este un instrument utilizat în planificarea serviciilor şi măsurilor de protecţie de care beneficiază un copil pentru care s-a decis oferirea unei forme de protecţie. Acesta se întocmeşte de către MC, cu sprijinul echipei multidisciplinare, în urma evaluării detaliate a situaţiei copilului şi a familiei sale, şi presupune oferirea unui *serviciu de protecţie temporară* şi stabilirea unor finalităţi legate de integrarea copilului într-un mediu familial permanent (reintegrare în familia biologică sau extinsă, adopţia) pentru reducerea timpului în care acesta se află în sistemul de protecţie. Pentru fiecare copil care intră în sistemul de protecţie şi pentru cei care deja beneficiază de o formă de protecţie se întocmeşte un singur PIP, care este monitorizat şi reevaluat de către MC. Acest document, împreună cu cele legate de reevaluarea situaţiei, cu PIS şi cu rezultatele acestora se află în dosarul copilului. PIP se întocmeşte în termen de 30 de zile de la înregistrarea cazului la DGASPC şi însoţeşte documentele necesare prezentării cazului în faţa Comisiei pentru Protecţia Copilului (CPC) sau în faţa instanţei. Pentru monitorizarea modificărilor în situaţia beneficiarului, MC organizează lunar *întâlniri de caz*, la care participă reprezentanţi ai echipei multidisciplinare şi familia sau reprezentanţii legali ai copilului. PIP este revizuit trimestrial, în urma analizei activităţilor desfăşurate pentru realizarea obiectivelor propuse şi a activităţilor specifice intervenţiilor particulare, împreună cu echipa multidisciplinară. Acest lucru se realizează în cadrul conferinţei de caz iniţiate şi organizate de către MC.

Cine întocmeşte planul de intervenţie specifică ?

PIS sunt elaborate de către diverşi profesionişti care au competenţe pe diferite arii de intervenţie (socială, educaţie, reabilitare, recuperare, consiliere, terapie, sănătate etc.) şi care sunt membri în echipa multidisciplinară organizată de către MC pentru copiii aflaţi într-o formă de protecţie sau de către RCP (OANPDC, 288). Toate intervenţiile specifice realizate de aceşti specialişti implicaţi în bunăstarea copilului sunt documentate şi se regăsesc în dosarul instrumentat de către MC.

Ce legături există între planul individualizat de protecţie şi planul de intervenţie specifică ?

PIP este documentul care reflectă modul în care sunt planificate serviciile, prestaţiile şi măsurile de protecţie pentru orice copil aflat într-o formă de protecţie. PIP este un instrument de *planificare*, *organizare* şi *evaluare a tuturor intervenţiilor* destinate copiilor aflaţi într-o formă de protecţie, şi nu un scop în sine. Deseori, din cauza exigenţelor birocratice, a supraîncărcării personalului angajat în instituţii de protecţie şi a organizării centrate pe sistem, şi nu pe copil, se ajunge la situaţia în care evaluarea personalului se realizează în funcţie de documentele existente la dosarul copilului şi nu este raportată la rezultatele urmăririi obiectivelor PIP. De aceea, în practică, există uneori tendinţa de a transforma procesul elaborării PIP într-un scop. Acest lucru a fost surprins şi de cercetarea noastră privind practica managementului de caz, practică ce necesită schimbări profunde în ceea ce priveşte structura instituţiilor de protecţie şi intervenţiile care derivă din cultura instituţională. PIP este un document obligatoriu în dosarul copilului şi necesar pentru prezentarea cazului în faţa Comisiei pentru Protecţia Copilului sau în instanţă. După ce MC a elaborat PIP, care a fost discutat şi definitivat împreună cu membrii echipei multidisciplinare în cadrul conferinţei de caz, îl înaintează pentru avizare *coordonatorului CMC*. După ce PIP a fost prezentat şi aprobat de către CPC/ instanţă, el este transmis tututor membrilor echipei multidisciplinare şi familiei copilului, în termen de 30 de zile de la emiterea dispoziţiei. PIP este documentul care stă la baza tuturor programelor specifice de intervenţie ce trebuie realizate de către fiecare membru al echipei în termen de 15 zile de la primirea acestuia. Toate PIS (ce reflectă activităţile propuse pentru o arie particulară de competenţă) reprezintă părţi integrante ale PIP, care participă la îndeplinirea finalităţii acestora. În această categorie sunt incluse programele de recuperare şi reabilitare, programele de reintegrare socială, programele personalizate de intervenţie, planurile personalizate de consiliere, planurile de asigurare a stării de sănătate, accesul la educaţie etc.

Dacă suntem de acord că asistentul maternal este un profesionist (aşa cum, de altfel, prevede definiţia acestei ocupaţii), atunci el trebuie să primească un exemplar al PIP şi trebuie să urmărească intervenţiile specifice destinate asigurării drepturilor copilului luat în plasament. De aceea, asistentul maternal care primeşte un copil în plasament este considerat membru al echipei multidisciplinare şi participă la conferinţa de caz organizată pentru definitivarea PIP. Prin includerea asistentului maternal în echipa multidisciplinară se poate reduce gradul de marginalitate a acestuia în ceea ce priveşte participarea la deciziile care privesc copilul luat în plasament şi la unele reacţii caracteristice logicii domestice generate de lipsa informaţiilor în ceea ce priveşte finalitatea PIP şi modul în care asistentul poate participa la realizarea acestuia.

Un alt exemplu pe care dorim să-l punem în discuţie este cel referitor la asistenţii sociali care lucrează în centrele de plasament sau sunt responsabili pentru un anumit număr de copii care trăiesc în unităţi de tip familial. Din punctul de vedere al recomandărilor generate de studiul cu privire la practica managementului de caz în protecţia copilului, se disting anumite responsabilităţi clare ale asistentului social din această categorie în ceea ce priveşte îndeplinirea finalităţilor PIP şi elaborarea PIS. Păstrând logica deja exprimată, asistenţii sociali din aceste instituţii nu pot fi MC, ci doar responsabili cu implementarea PIS subsumate PIP. Astfel, ei pot desfăşura, de exemplu, activităţi de consiliere cu părinţii, cu copilul sau cu alte rude ale acestuia, în vederea reintegrării familiale, pot lucra pentru facilitarea integrării socioprofesionale a tinerilor sau pentru clarificarea situaţiei copiilor în scopul iniţierii procedurii de adopţie. Centrul de plasament sau, după caz, unitatea de tip familial în care a fost plasat copilul este doar un serviciu temporar oferit acestuia, iar intervenţiile asistentului social pot fi destinate reducerii perioadei de şedere a copilului în instituţie, prin găsirea unui mediu familial sigur şi permanent.

Care sunt finalităţile planului individualizat de protecţie ?

Potrivit filosofiei actuale a protecţiei copilului, finalităţile PIP urmăresc asigurarea unui mediu familial permanent şi sigur pentru copil, iar diversele forme de protecţie (asistenţă maternală, protecţie de tip rezidenţial în centre de plasament sau unităţi de tip familial) sunt considerate temporare. De aceea, atunci când se ia o măsură de protecţie pentru un copil separat de părinţii săi, PIP poate avea trei finalităţi: a) reintegrarea familială; b) integrarea socioprofesională a tinerilor; sau c) adopţia. Pe marginea acestor finalităţi există numeroase discuţii legate de situaţia copiilor care nu pot fi reintegraţi familial şi nici adoptaţi (cu referire la copiii cu dizabilităţi şi la cei de vârstă mare, în special) şi de imposibilitatea sistemului de protecţie de a găsi o soluţie permanentă pentru aceştia. Totodată, practicienii consideră deseori că plasarea copilului într-o familie de asistenţă maternală reprezintă o soluţie permanentă,

chiar dacă aceasta nu este recunoscută oficial. Din punctul nostru de vedere, includerea unei astfel de soluţii permanente în categoria finalităţilor PIP ar trebui să facă subiectul unor dezbateri publice pornind de la anumite studii de profunzime care să evalueze modul în care acest lucru afectează dezvoltarea copilului şi construirea identităţii sale, precum şi mediul domestic al familiei de asistenţă maternală.

Managementul de caz poate fi contractat către un furnizor privat ?

Din punctul nostru de vedere, managementul de caz este una dintre activităţile desfăşurate de către DGASPC care nu poate fi contractată furnizorilor de servicii, şi asta din mai multe considerente :

- managementul de caz este o *metodă* de organizare, planificare, direcţionare, evaluare a tuturor intervenţiilor necesare asigurării serviciilor şi creştere a accesului beneficiarilor la acestè servicii, într-o viziune integrată care răspunde nevoilor acestora, şi nu un *serviciu social* oferit beneficiarilor. De aceea, orice discuţie legată de o posibilă contractare trebuie filtrată din această perspectivă ;
- prin organizarea managementului de caz la nivelul DGASPC se dezvoltă o *viziune unitară* în ceea ce priveşte organizarea intervenţiilor, monitorizarea cazurilor şi evaluarea nevoilor de la nivelul populaţiei judeţului sau al sectoarelor muncipiului Bucureşti ;
- *baza de date*, cu toate cazurile instrumentate, atât cele incluse în programele de prevenire, cât şi ale copiilor beneficiari ai diferitelor forme de protecţie, este administrată şi gestionată de către MC, constituind un instrument util pentru evaluarea situaţiei şi pentru elaborarea unor strategii adaptate nevoii şi cererii din comunitate ;
- DGASPC este *principala instituţie responsabilă cu promovarea şi apărarea drepturilor copilului* care are capacitatea organizaţională de a oferi stabilitate şi continuitate în oferirea de servicii, dar care monitorizează şi serviciile la nivel judeţean ;
- CMC reprezintă *nucleul intervenţiei în domeniul protecţiei copilului*, o structură care organizează intervenţiile indiferent de furnizorii existenţi, fie ei publici sau privaţi ;
- aplicarea managementului de caz într-o structură la nivelul DGASPC diminuează *riscurile plasării unor copii în forme de protecţie pe termen nelimitat*, inclusiv în cazul ONG care oferă aceste tipuri de servicii ;
- concentrarea managementului de caz la nivelul DGASPC poate conduce şi la *îmbunătăţirea serviciilor* de protecţie oferite copiilor de către ONG ;

- din această perspectivă, la nivelul ONG, dar şi în cadrul serviciilor de protecţie oferite de către DGASPC, nu există MC, ci doar responsabili cu implementarea PIS.

Ce efecte are funcţionarea unui compartiment al managerilor de caz în cadrul DGASPC asupra unui ONG ?

Această întrebare adresată de diverse ONG active în domeniul protecţiei copilului îşi găseşte răspunsul în logica managementului de caz din domeniul protecţiei copilului, care operează clarificări ale statutului acestor organizaţii şi ale rolurilor în cadrul serviciilor de asistenţă şi protecţie a copilului şi familiei sale. Dacă, la nivelul DGASPC, se înfiinţează un CMC, atunci întreaga activitate legată de intrarea şi ieşirea copiilor din sistemul de protecţie, planificarea şi organizarea accesului la serviciile necesare copilului sunt realizate de către MC din acest compartiment. Din punctul nostru de vedere, în acest context, în cadrul ONG nu funcţionează MC, ci doar responsabili cu realizarea intervenţiilor specifice, care desfăşoară aceleaşi tipuri de activităţi ca şi asistenţii sociali din cadrul serviciilor DGASPC. Dacă ONG are în administrare, de exemplu, un centru de plasament, atunci copilul plasat în acel centru soseşte împreună cu un PIP realizat de către MC din cadrul DGASPC, alături de membrii echipei multidisciplinare (din care fac parte şi specialiştii centrului de plasament respectiv), urmând ca specialiştii centrului de plasament să urmărească finalitatea stabilită (reintegrarea în familia naturală, adopţia sau integrarea socioprofesională). Din acest punct de vedere, un ONG nu poate contracta managementul de caz, ci doar serviciile directe oferite copilului.

Un alt exemplu în acest sens pe care dorim să-l aducem în atenţia practicienilor este legat de serviciul de adopţie; după cum se ştie, implicarea ONG în procesul de adopţie este practic nulă în acest moment, din cauza ambiguităţilor ce operează în domeniul managementului de caz. Abordarea managementului de caz conform viziunii noastre clarifică acest lucru. ONG pot fi implicate în toate activităţile legate de familiile adoptive, similar serviciului de adopţie din cadrul DGASPC. Dacă un copil este plasat într-o familie de asistenţă maternală în cadrul unui sistem dezvoltat şi administrat de către un ONG, atunci asistentul social al copilului urmăreşte îndeplinirea PIP care are ca finalitate adopţia, similar asistentului social din cadrul serviciului de asistenţă maternală din cadrul DGASPC, axându-se asupra tuturor intervenţiilor legate de copil şi de familia sa. DGASPC, prin MC din cadrul compartimentului, este instituţia care stabileşte compatibilitatea dintre copil şi familia adoptivă, iar ONG poate reprezenta copilul şi/sau familia adoptivă, în funcţie de serviciile oferite. Această viziune nu trebuie să fie percepută ca o modalitate de subordonare a ONG faţă de DGASPC, ci, dimpotrivă, ca o formă de întărire a legăturilor de colaborare şi parteneriat, dezvoltate într-o relaţie de echivalenţă a serviciilor oferite de către sectorul public şi cel privat.

Cum influenţează managementul de caz serviciile de protecţie ?

Opţiunea de a organiza protecţia copilului conform principiilor managementului de caz şi de a înfiinţa un CMC are efecte ample asupra serviciilor de protecţie publice sau private. Astfel, în niciunul dintre aceste servicii nu mai întâlnim MC, ele fiind direcţionate către realizarea intervenţiilor specifice pentru rezolvarea problemelor beneficiarilor. De exemplu, dacă ne referim la *serviciul de asistenţă maternală* (în unele DGASPC, personalul din cadrul acestui serviciu este responsabil şi de monitorizarea situaţiei copiilor plasaţi în familia lărgită), responsabilii cu intervenţia specifică se vor concentra în special asupra atingerii finalităţilor PIP, fără a pierde din vedere monitorizarea situaţiei copilului aflat în familia de asistenţă maternală. Astfel, dacă finalitatea PIP, stabilită de MC împreună cu echipa multidisciplinară, este reintegrarea familială a copilului, atunci asistentul social din cadrul serviciului de asistenţă maternală va acorda prioritate acestui obiectiv, eliminând suprapunerile funcţionale cu un serviciu de reintegrare familială. Asistentul social din cadrul serviciului de asistenţă maternală va coordona şi va realiza toate activităţile legate de reintegrarea copilului (consilierea părinţilor şi a copilului, pregătirea asistentului maternal pentru plecarea copilului, stabilirea şi coordonarea programului de vizite, colaborarea cu RCP de la nivelul primăriilor etc.). Oricum, în etapa actuală de dezvoltare a asistenţei maternale din România, nu se mai justifică existenţa unui număr ridicat de asistenţi sociali care să lucreze pentru recrutarea, evaluarea şi pregătirea iniţială în vederea acreditării asistenţilor maternali profesionişti (AMP). Totodată, păstrând această logică, nu se justifică repartizarea AMP către asistenţii sociali din cadrul serviciului. Această schimbare produce efecte serioase la nivelul practicii instituţionale, pentru că poate dinamiza serviciul de asistenţă maternală şi poate crea premisele pentru o şedere cât mai scurtă a copilului în sistemul de protecţie. Colaborarea dintre responsabilul care lucrează pentru reintegrarea familială a copilului şi autorităţile locale, în vederea reintegrării copilului în familie, poate influenţa dezvoltarea unor servicii minime de monitorizare şi sprijinire a reintegrării copilului la nivelul comunităţii locale. În mod similar, în cazul copiilor plasaţi în centre rezidenţiale sau în unităţi de tip familial aflate în structura serviciului de protecţie de tip rezidenţial, activităţile personalului din cadrul acestor centre urmăresc finalităţile stabilite în PIP. Dacă finalitatea PIP pentru un tânăr aflat într-o unitate de tip familial este integrarea socioprofesională, atunci responsabilul cu intervenţia specifică din cadrul serviciului va face demersurile pentru a facilita găsirea unui loc de muncă şi de cazare, sprijinirea reintegrării familiale etc. Pentru ca personalul din cadrul acestor servicii de protecţie să fie extrem de eficient în ceea ce priveşte atingerea finalităţilor PIP, se impune specializarea acestuia, centrată pe aceste finalităţi. De exemplu, în cadrul serviciului de asistenţă

maternală pot exista profesionişti responsabili cu intervenţia specifică specializaţi în reintegrarea familială sau în integrarea socioprofesională a tinerilor. Subliniem din nou faptul că asistentul social este al copilului, şi nu al serviciului oferit acestuia.

Cum influenţează managementul de caz serviciile de plasament familial ?

Aplicând modelul managementului de caz propus de noi, DGASPC vor fi nevoite să-şi regândească intervenţia socială în ceea ce priveşte monitorizarea plasamentelor copiilor în familia lărgită. La momentul evaluărilor realizate de noi, acestea reprezentau una dintre sursele cele mai semnificative de încărcătură a cazuisticii repartizate personalului. La nivel naţional există aproximativ 30.000 de copii aflaţi în plasament la rude şi aproape tot atâţia copii aflaţi în asistenţă maternală şi centre de plasament. Situaţia copiilor aflaţi la rude reprezintă pentru sistemul de protecţie a copilului din România o adevărată „cutie neagră", puţin studiată şi cunoscută specialiştilor. DGASPC monitorizează lunar situaţia acestor copii, în condiţiile unor costuri ridicate şi cu personal insuficient. Conform strategiei noastre de dezvoltare a practicii managementului de caz în protecţia copilului, evaluarea periodică a situaţiei copiilor plasaţi la rude ar trebui transferată ca responsabilitate autorităţilor locale, în condiţiile în care aceşti copii nu se află într-o formă instituţională de protecţie. Asistenţii sociali de la nivelul comunităţii pot monitoriza mai eficient situaţia acestor plasamente, cu costuri mai reduse, şi pot interveni direct în momentul identificării unor abuzuri. RCP de la nivelul SPAS pot să evalueze lunar situaţia acestor copii, pe care să o raporteze apoi CMC din cadrul DGASPC.

Cum influenţează managementul de caz adopţia naţională ?

În cadrul serviciului de adopţie nu funcţionează MC (acest lucru a fost evidenţiat şi în studiul nostru privind adopţia), ci doar responsabili cu implementarea PIS. Continuând logica prezentată mai sus, dacă luăm un alt exemplu, al unui copil aflat în asistenţă maternală pentru care PIP a stabilit pentru viitor adopţia, atunci asistentul social din cadrul serviciului unde se află minorul (asistenţă maternală, în cazul nostru) este responsabil cu intervenţiile specifice legate de copil şi de familia sa biologică (face demersuri pentru identificarea rudelor, pregăteşte documentaţia pentru deschiderea procedurii de adopţie, consiliază părinţii biologici, pregăteşte copilul pentru plecarea în familia adoptivă etc.). Asistentul social din cadrul serviciului de adopţie se ocupă, în viziunea noastră, doar de ceea ce presupune lucrul cu familiile adoptive

(recrutare, evaluare, pregătire, formare, întocmirea documentaţiei pentru atestare, consiliere şi sprijin, acompaniere socială în relaţie cu instituţiile, monitorizare postservicii, organizarea grupurilor de suport etc.), fără a avea responsabilităţi legate de copil şi de familia sa biologică. Această strategie de organizare şi implementare a managementului de caz înlătură unele dintre cele mai acute contradicţii şi conflicte de interese existente la nivelul serviciului de adopţie, respectiv consilierea membrilor familiei copilului în ceea ce priveşte adopţia şi efectele sale. Acest lucru este indicat să rămână în responsabilitatea asistentului social al copilului din cadrul serviciului social de care beneficiază acesta (asistenţă maternală sau protecţie rezidenţială). Astfel, există doi asistenţi sociali implicaţi în procesul de adopţie : unul al copilului (din cadrul serviciului de protecţie) şi unul al familiei adoptive. În acest caz, subliniem rolul MC (din compartimentul specific), în procesul de pregătire teoretică şi practică, de mediator al viziunilor diferite pe care le au asistenţii sociali din cele două servicii.

BCUIASI/CENTRAL UNIVERSITY

BCUIAS/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 2

Coordonate metodologice ale cercetării practicilor privind managementul de caz

Scopul şi designul cercetării

Scopul cercetării

Cercetarea realizată în cadrul proiectului urmăreşte identificarea practicilor din domeniul protecţiei copilului care pot conduce la eficientizarea modului în care se aplică managementul de caz pentru reducerea perioadei de şedere a copilului într-o formă de protecţie, urmărind interesul acestuia pe termen lung, respectiv integrarea în comunitate.

Obiectivele cercetării

- Să identifice, la nivelul practicilor legate de managementul de caz, dezvoltarea elementelor de eficientizare a activităţii de protecţie a copilului.
- Să identifice piedicile întâlnite de practicienii din domeniul protecţiei copilului în aplicarea standardelor minime obligatorii ale managementului de caz.
- Să urmărească modul în care practica managementului de caz poate fi îmbunătăţită prin folosirea unor modele în atingerea finalităţilor PIP.
- Să propună idei, aplicabile în domeniu, pentru eficientizarea managementului de caz, folosind resursele disponibile la ora actuală în sistemul de protecţie a copilului.
- Să surprindă şi să analizeze tendinţele actuale ale sistemului de protecţie a copilului din perspectiva atingerii finalităţilor PIP.

- Să identifice noi resurse care pot participa la îndeplinirea scopurilor PIP, articulate într-o structură organizaţională eficientă şi într-o logică a eficacităţii managementului de caz.
- Să propună recomandări pentru elaborarea ghidului metodologic de implementare a managementului de caz în domeniul protecţiei copilului şi să descrie modalităţile practice prin care DGASPC îşi pot îmbunătăţi activitatea în ceea ce priveşte utilizarea managementului de caz.

Etapele cercetării

După formularea întrebărilor cercetării, s-au derulat următoarele etape în procesul de culegere a datelor:

- *Completarea fişei instituţiei*, adresată directorului executiv/general al DGASPC.
- *Completarea chestionarului online, adresat managerilor şi responsabililor de caz* care lucrează în compartimentele pentru îngrijire de tip familial (serviciile de asistenţă maternală, plasament familial şi/sau adopţie), pentru îngrijire de tip rezidenţial sau de intervenţie în regim de urgenţă şi în cadrul serviciului pentru dezvoltarea deprinderilor de viaţă independentă din cadrul direcţiilor judeţene de asistenţă socială şi protecţie a copilului.
- *Realizarea interviurilor la nivelul ANPDC şi Oficiului Român pentru Adopţii (ORA)* pentru obţinerea de informaţii relevante la nivelul de coordonare naţională.
- *Selectarea judeţelor-pilot* în funcţie de criteriile legate de îndeplinirea celor trei finalităţi ale PIP.
- *Realizarea interviurilor individuale cu directorii executivi* ai DGASPC şi *a focus-grupurilor* cu personalul angajat al DGASPC şi cu beneficiarii implicaţi.

Completarea fişei instituţiei

Fişa instituţiei a fost completată de 46 de DGASPC. La nivel naţional, un singur judeţ nu a completat această fişă, respectiv judeţul Braşov; de aceea, toate datele statistice utilizate în analiza informaţiilor furnizate de către direcţii se referă la întreaga ţară, cu excepţia judeţului Braşov. Pentru a optimiza completarea datelor statistice şi a răspunsurilor din partea instituţiilor, a fost înaintată o adresă oficială de către ANPDC, care a sprijinit această activitate. Înainte de culegerea datelor, s-a pretestat această fişă în cadrul a două direcţii din ţară şi s-a elaborat forma finală.

Completarea chestionarului online

Pentru a surprinde opiniile personalului din cadrul DGASPC, s-a elaborat şi s-a aplicat un chestionar online adresat managerilor şi responsabililor de caz care lucrează în compartimentele pentru îngrijire de tip familial (serviciile de asistenţă maternală, plasament familial şi/sau adopţie), pentru îngrijire de tip rezidenţial, de intervenţie în regim de urgenţă şi în cadrul serviciului pentru dezvoltarea deprinderilor de viaţă independentă de la nivelul direcţiilor judeţene de asistenţă socială şi protecţie a copilului. După pretestarea chestionarului, atât în forma tipărită, cât şi în cea online, acesta a devenit disponibil pe *www.e-form.ro*. Pentru a asigura o comunicare permanentă cu directorii DGASPC, aceştia au primit zilnic un raport statistic cu numărul subiecţilor care au completat chestionarul în fiecare judeţ în parte. Chestionarul a fost completat de către 529 de subiecţi, după cum urmează:

Tabelul 1. *Structura eşantionului respondenţilor la chestionarul online*

Subiecţi	Numărul respondenţilor	%
Manageri de caz	205	38,8
Responsabili de caz	324	61,2
Total	**529**	**100,0**

Totodată, repartiţia pe judeţe a numărului respondenţilor a fost inegală, fiind dependentă de numărul de angajaţi de specialitate şi de disponibilitatea acestora de a completa chestionarul online.

Tabelul 2. *Repartiţia pe DGASPC a respondenţilor la chestionarul online destinat managerilor şi responsabililor de caz*

DGASPC	Numărul de subiecţi	%
Alba	4	0,8
Arad	9	1,7
Argeş	15	2,8
Bacău	27	5,1
Bihor	27	5,1
Bistriţa-Năsăud	3	0,6
Botoşani	16	3,0
Brăila	12	2,3
Bucureşti – Sectorul 1	8	1,5
Bucureşti – Sectorul 2	7	1,3
Bucureşti – Sectorul 3	16	3,0

Bucureşti – Sectorul 4	15	2,8
Bucureşti – Sectorul 5	1	0,2
Bucureşti – Sectorul 6	3	0,6
Buzău	12	2,3
Caraş-Severin	13	2,5
Călăraşi	10	1,9
Cluj	14	2,6
Constanţa	16	3,0
Covasna	14	2,6
Dâmboviţa	16	3,0
Dolj	23	4,3
Galaţi	1	0,2
Giurgiu	2	0,4
Gorj	10	1,9
Harghita	26	4,9
Hunedoara	12	2,3
Ialomiţa	0	0
Iaşi	22	4,2
Ilfov	4	0,8
Maramureş	3	0,6
Mehedinţi	19	3,6
Mureş	13	2,5
Neamţ	7	1,3
Olt	7	1,3
Prahova	24	4,5
Satu Mare	2	0,4
Sălaj	12	2,3
Sibiu	8	1,5
Suceava	17	3,2
Teleorman	3	0,6
Timiş	6	1,1
Tulcea	12	2,3
Vaslui	15	2,8
Vâlcea	9	1,7
Vrancea	11	2,1
Total	**529**	**100,0**

BIBLIOTECA CENTRALĂ UNIVERSITARĂ

Realizarea interviurilor la nivelul ANPDC şi ORA

Pentru a evidenţia poziţiile celor două instituţii naţionale din domeniul protecţiei copilului la nivel managerial şi decizional, am realizat două interviuri, unul cu preşedintele ORA şi unul cu preşedintele ANPDC. Interviurile s-au axat pe finalităţile PIP şi pe modalităţile de lucru din sistemul de protecţie a copilului, pentru a surprinde perspectiva celor două instituţii naţionale cu rol de coordonare metodologică şi de formulare a politicilor publice în domeniu.

Selectarea judeţelor-pilot

Procesul de selectare a judeţelor a fost unul deosebit de complex, ţinând cont de criteriile de selecţie care au trebuit să fie avute în vedere şi de complexitatea datelor obţinute în urma completării de către managerii DGASPC a fişei instituţiei şi a chestionarului online destinat managerilor şi responsabililor de caz. Scopul realizării focus-grupurilor şi a interviurilor cu managerii departamentelor de protecţie a copilului din cadrul DGASPC a fost acela de a obţine date relevante necesare identificării şi analizei modelelor de bună practică în diferite arii de intervenţie, având ca fundament central utilizarea managementului de caz.

Cele trei judeţe-pilot constituie, dincolo de culegerea unor date de profunzime, mediul în care se vor realiza sesiuni de formare/diseminare a metodologiei de lucru şi un cadru de analiză a ghidului metodologic privind managementul de caz, ghid care va fi elaborat în urma studiului.

Selectarea judeţelor în care s-au desfăşurat focus-grupuri şi interviuri cu managerii departamentului de protecţie a copilului s-a realizat ţinând cont de următoarele criterii:

- *Distribuţia geografică a judeţelor-pilot*

  În procesul de selectare se urmăreşte identificarea unor judeţe cu practică eficientă în domeniul managementului de caz, mai ales din perspectiva finalităţii PIP. Astfel, cele trei judeţe sunt din zone diferite, unul din vest, unul din est şi unul din sudul ţării.

- *Funcţionarea unui management performant*

  În acest caz, *performanţa* este apreciată din perspectiva utilizării managementului de caz conform standardelor existente, urmărind rezultatele în ceea ce priveşte obţinerea finalităţii PIP realizate pentru cazurile de copii aflaţi în sistemul de protecţie al judeţului respectiv. Acest criteriu este util şi pentru identificarea specialiştilor familiarizaţi cu metoda managementului de caz, care pot constitui un sprijin în realizarea ghidului metodologic.

- *Numărul MC din cadrul DGASPC*

  Este un criteriu care reprezintă, pe de o parte, existenţa în cadrul instituţiei a unor resurse umane calificate şi specializate, iar pe de altă parte, interesul

echipei de management a DGASPC în recrutarea, instruirea şi organizarea resurselor umane disponibile, din perspectiva standardelor de lucru în managementul de caz.

- *Relaţiile DGASPC cu celelalte instituţii din judeţ*

Acest criteriu este surprins şi prin analiza gradului de satisfacţie privind colaborarea cu celelalte instituţii responsabile de bunăstarea copilului, în funcţie de modul în care aceste relaţii sunt apreciate de către echipa de management a DGASPC. Chiar dacă gradul de satisfacţie reprezintă de fapt o apreciere subiectivă, utilizarea acestui criteriu poate fi utilă în situaţia în care ea demonstrează interesul DGASPC de a iniţia relaţii bune de colaborare şi premisele unei atitudini pozitive faţă de celelalte instituţii.

- *Desemnarea oficială a MC*

Acest criteriu arată gradul de implicare a managerului DGASPC în organizarea activităţii conform standardelor managementului de caz şi în interesul instituţiei, clarificând anumite roluri şi responsabilităţi ale MC.

- *Timpul necesar pentru elaborarea PIP de la deschiderea cazului*

Criteriul poate fi utilizat în sesizarea eficienţei intervenţiei managerului şi responsabilului de caz, fiind relevant mai ales în situaţia în care există mari diferenţe între judeţe.

- *Rata de reintegrare din AMP şi din instituţii*

Reprezintă un criteriu care ia în considerare numărul de copii care au fost reintegraţi în familia biologică în cursul anului 2005, fie din asistenţă maternală, fie din instituţii, raportat la numărul total de copii din cele două forme de protecţie. Această valoare caută să surprindă în ce mod se urmăreşte una dintre finalităţile cele mai importante ale PIP.

- *Numărul de copii adoptabili plasaţi în familii adoptive*

Aceasta este o altă finalitate a PIP. În situaţia în care reintegrarea copilului în familia sa nu este posibilă, se ia în calcul numărul de copii plasaţi în familii adoptive. Criteriul a luat în atenţie atât numărul de hotărâri judecătoreşti definitive obţinute în anul 2005 pentru copiii adoptaţi anterior, cât şi numărul de copii încredinţaţi în vederea adopţiei în anul 2005 (număr foarte mic comparativ cu cel al copiilor adoptaţi în 2004).

Selectarea judeţelor-pilot a fost, aşa cum spuneam, un proces complex, iar pentru a le desemna s-a întocmit o listă cu judeţe pentru fiecare zonă geografică: est, vest şi sud, după care s-au eliminat judeţele care nu îndeplineau mai multe criterii corelate. În final, judeţele selectate întrunesc anumite criterii în conformitate cu finalităţile PIP, chiar dacă acestea nu au fost satisfăcute concomitent. Se poate indentifica un judeţ cu o rată mare de reintegrare din asistenţă maternală, dar cu o rată foarte scăzută de reintegrare din instituţii sau în care numărul copiilor plasaţi în familii adoptive este foarte scăzut. Practic,

a fost imposibil să selectăm judeţe care să îndeplinească, în termeni de performanţă maximă, toate cele trei criterii. Pe de altă parte, unele judeţe din zonele selectate îndeplinesc o serie de criterii statistice, dar nu au desemnaţi MC, fie din cauza lipsei personalului de specialitate, fie din cauza inexistenţei unei proceduri de desemnare oficială a MC. Aceste criterii au fost folosite pentru a descrie şi evalua activitatea în domeniul protecţiei copilului din perspectiva managementului de caz. În etapa calitativă a studiului, am avut în vedere diversitatea şi diferenţele configuraţiilor locale, rezultate din agregarea criteriilor enumerate.

În final, judeţele-pilot selectate au fost următoarele:

- În zona de est, *DGASPC Bacău*, cu următoarele caracteristici demne de reţinut:
  a) există o procedură oficială de desemnare a MC;
  b) există 12 MC cu diplomă de licenţă în asistenţă socială şi 15 MC cu alte specializări;
  c) se aplică standardele managementului de caz şi există prevederi legate de managementul de caz în fişa postului;
  d) relaţiile de colaborare cu celelalte instituţii sunt apreciate drept satisfăcătoare;
  e) timpul mediu necesar pentru elaborarea PIP este de până la 30 de zile;
  f) există un serviciu specializat de integrare socioprofesională a tinerilor de peste 18 ani şi o strategie aplicată la nivel judeţean pentru a răspunde nevoilor acestor tineri.

Astfel, Bacăul a fost selectat drept judeţ-pilot pentru studierea *integrării socioprofesionale* a tinerilor care părăsesc o formă de protecţie.

- În zona de vest, *DGASPC Alba*, cu următoarele caracteristici:
  a) există o procedură oficială de desemnare a MC;
  b) există 32 de MC cu diplomă de licenţă în asistenţă socială şi 4 MC cu alte specializări;
  c) se aplică standardele managementului de caz şi există prevederi legate de managementul de caz în fişa postului;
  d) relaţiile de colaborare cu celelalte instituţii sunt apreciate drept satisfăcătoare;
  e) timpul mediu necesar pentru elaborarea PIP este de până la 30 de zile;
  f) rata de reintegrare din asistenţă maternală este de 6,44%, fiind peste media naţională;
  g) rata de reintegrare din instituţii rezidenţiale este de 19,09%, fiind una dintre cele mai ridicate din ţară.

Astfel, Alba a fost selectat drept judeţ-pilot pentru o altă finalitate a PIP, respectiv cercetarea factorilor ce determină o rată crescută de *reintegrare familială*.

- În zona de sud, *DGASPC Dolj*, cu următoarele caracteristici:
  a) există prevederi legate de managementul de caz în fişa postului, dar nu se aplică standardele managementului de caz;
  b) relaţiile de colaborare cu celelalte instituţii sunt apreciate drept satisfăcătoare;
  c) timpul mediu necesar pentru elaborarea PIP este de până la 30 de zile;
  d) numărul hotărârilor judecătoreşti definitive în anul 2005 pentru copiii adoptaţi anterior este de 61, iar în anul 2005, 14 copii au fost încredinţaţi în vederea adopţiei, aceasta fiind direcţia cu cel mai mare număr de adopţii în anul 2005.

Ţinând cont de rezultatele obţinute, Doljul a fost selectat ca judeţ-pilot pentru aprofundarea practicilor care pot avea succes în urmărirea unei alte finalităţi a PIP, respectiv *adopţia*.

Realizarea interviurilor individuale şi a focus-grupurilor în judeţele-pilot

Ţinând cont de criteriile prezentate mai sus, s-au realizat următoarele interviuri şi focus-grupuri, câte două în fiecare judeţ-pilot, axate pe modul în care sunt urmărite *finalităţile PIP* în practicile instituţionale, după cum urmează:

- În judeţul Bacău, selectat ca judeţ-pilot în ceea ce *priveşte integrarea socioprofesională a tinerilor care părăsesc sistemul de protecţie*, s-au realizat următoarele activităţi pentru culegerea datelor de profunzime:
  - interviu cu *directorul executiv al DGASPC Bacău*, privind finalităţile PIP, modalităţile de lucru, organizarea şi managementul de caz, integrarea socioprofesională a tinerilor care părăsesc sistemul de protecţie;
  - interviu cu *şeful serviciului de asistenţă maternală*, despre reintegrarea copiilor din asistenţă maternală, standardele privind managementul de caz, încărcătura personalului care lucrează în acest serviciu, integrarea socioprofesională a tinerilor care părăsesc sistemul de protecţie;
  - un focus-grup cu *asistenţii maternali care au în plasament copii de vârstă mare* (de peste 16 ani), pentru identificarea practicilor şi a nevoilor de servicii necesare creşterii oportunităţilor de integrare socioprofesională a tinerilor care vor părăsi sistemul de protecţie;
  - un focus-grup cu *tineri de peste 16 ani din sistemul de asistenţă maternală*, pentru identificarea modului în care aceştia îşi definesc situaţia şi şansele de integrare socioprofesională după ce vor părăsi sistemul de protecţie.
- În judeţul Alba, judeţ-pilot selectat pentru *reintegrarea copiilor din sistemul de protecţie rezidenţială şi cel de asistenţă maternală*, s-au aplicat următoarele tehnici calitative de culegere a datelor:

- două interviuri cu *părinţi ai unor copii reintegraţi familial* din sistemul de protecţie a copilului;
- un focus-grup cu *asistenţii sociali din cadrul departamentului de servicii sociale zonale* implicaţi în reintegrarea familială a copiilor din instituţiile rezidenţiale, pentru identificarea practicilor pozitive care pot influenţa managementul de caz orientat către reintegrarea familială;
- un focus-grup cu *manageri şi responsabili de caz* din compartimentul de protecţie a copilului în sistem rezidenţial, respectiv asistenţă maternală, în scopul identificării practicilor ce pot fi incluse în ghidul metodologic privind managementul de caz, pentru sporirea şanselor de reintegrare familială a copiilor din instituţiile de protecţie.

• În judeţul Dolj, selectat ca judeţ-pilot pentru rezultatele în *serviciul de adopţie*, s-au organizat următoarele:
- un interviu cu *directorul executiv adjunct pentru protecţia copilului*, persoană-resursă cu o vastă experienţă în sistemul de protecţie a copilului;
- un focus-grup cu *asistenţi sociali şi alţi profesionişti* (jurişti, psihologi etc.) care se ocupă de dosarele copiilor în vederea clarificării situaţiei juridice, centrat pe managementul de caz şi pe intervenţia în ceea ce priveşte practica din sfera adopţiei;
- un focus-grup cu *familiile adoptive* din judeţul Dolj, care au adoptat atât înainte de apariţia Legii nr. 272, cât şi după noua procedură, pentru identificarea practicilor care conduc la o îmbunătăţire a serviciilor de adopţie.

BCUIASICENTRAL

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 3

Servicii de protecţie temporară a copiilor aflaţi în dificultate

Serviciul de protecţie de tip rezidenţial

Serviciul de protecţie de tip rezidenţial reprezintă o formă de protecţie temporară pentru copiii aflaţi în dificultate. În România, această formă de protecţie este dezvoltată în două moduri : prin protecţie rezidenţială de tip clasic (în instituţii) şi prin protecţie rezidenţială de tip familial (unităţi mici aflate în comunitate). Atunci când copilul se află într-una din aceste forme de protecţie sau în asistenţă maternală, personalul de specialitate al DGASPC (MC) are responsabilitatea de a elabora PIP, care poate avea ca finalitate una dintre aceste alternative : a) reintegrarea familială ; b) adopţia naţională ; şi c) integrarea socioprofesională a tinerilor. De aceea, pentru a ne face o idee asupra modului în care managementul de caz contribuie la reducerea perioadei de şedere a copiilor într-o formă de protecţie, vă propunem în continuare o analiză a principalelor forme de protecţie temporară în care se poate afla copilul pentru care s-a luat o măsură de protecţie.

Evoluţia numărului de copii plasaţi în centre de plasament

Din analiza datelor statistice furnizate de către conducerile DGASPC din ţară, observăm că numărul total al copiilor din instituţii a scăzut cu aproximativ 19,58% în 2005 faţă de începutul anului, iar majoritatea judeţelor au înregistrat scăderi ale numărului de copii aflaţi în această formă de protecţie. Dacă urmărim datele din tabelul următor, observăm că, încă din ianuarie 2005, trei

direcţii nu mai au acest sistem de protecţie la nivel judeţean: Bistriţa-Năsăud, Călăraşi şi Teleorman. La polul opus, există două direcţii care, de-a lungul anului 2005, au înregistrat o creştere a numărului de copii din instituţii până la sfârşitul anului 2005, respectiv DGASPC Bucureşti – Sectorul 5, cu 4,9%, şi DGASPC Vâlcea, cu 1,8%.

De remarcat sunt şi judeţele care au reuşit să reducă, în decursul anului 2005, numărul copiilor din centrele de plasament, cel mai semnificativ exemplu fiind cel al DGASPC Suceava, care a înregistrat o scădere cu 264 de cazuri, reprezentând 43,1% din numărul total de copii încadraţi în această formă de protecţie la 1 ianuarie 2005. Totodată, şi judeţul Olt a reuşit reducerea numărului de copii din centrele de plasament cu 235 de cazuri, ceea ce reprezintă 34,6% din numărul de copii aflaţi în instituţii la 1 ianuarie 2005. În valori relative, rata cea mai ridicată de reducere a numărului de minori aflaţi în centre de plasament (49,2%) se înregistrează în judeţul Dâmboviţa (în valori absolute, 63 de copii).

Tabelul 3. *Evoluţia numărului de copii din instituţii de tip rezidenţial în perioada 1 ianuarie 2005 – 31 decembrie 2005*

DGASPC	Numărul copiilor din instituţii (fără case de tip familial) la 1 ianuarie 2005	Numărul copiilor din instituţii (fără case de tip familial) la 31 decembrie 2005	Diferenţa numărului de copii (31 decembrie 2005 – 1 ianuarie 2005)	Rata de evoluţie a numărului de copii din instituţii rezidenţiale faţă de 1 ianuarie 2005 (%)
Alba	241	196	-45	-18,7
Arad	536	449	-87	-16,2
Argeş	668	548	-120	-18,0
Bacău	623	557	-66	-10,6
Bihor	592	430	-162	-27,4
Bistriţa-Năsăud	0	0	0	-
Botoşani	412	300	-112	-27,2
Brăila	412	240	-172	-41,7
Bucureşti – Sectorul 1	431	277	-154	-35,7
Bucureşti – Sectorul 2	127	80	-47	-37,0
Bucureşti – Sectorul 3	188	170	-18	-9,6

Bucureşti – Sectorul 4	364	221	-143	-39,3
Bucureşti – Sectorul 5	388	407	19	4,9
Bucureşti – Sectorul 6	359	355	-4	-1,1
Buzău	694	687	-7	-1,0
Caraş-Severin	203	196	-7	-3,4
Călăraşi	0	0	0	-
Cluj	501	413	-88	-17,6
Constanţa	540	538	-2	-0,4
Covasna	246	190	-56	-22,8
Dâmboviţa	128	65	-63	-49,2
Dolj	500	388	-112	-22,4
Galaţi	533	448	-85	-15,9
Giurgiu	197	80	-117	-59,4
Gorj	416	316	-100	-24,0
Harghita	175	172	-3	-1,7
Hunedoara	442	273	-169	-38,2
Ialomiţa	275	233	-42	-15,3
Iaşi	2.075	1.868	-207	-10,0
Ilfov	275	229	-46	-16,7
Maramureş	570	432	-138	-24,2
Mehedinţi	82	63	-19	-23,2
Mureş	499	300	-199	-39,9
Neamţ	318	251	-67	-21,1
Olt	679	444	-235	-34,6
Prahova	521	471	-50	-9,6
Satu Mare	339	266	-73	-21,5
Sălaj	356	289	-67	-18,8
Sibiu	435	343	-92	-21,1
Suceava	612	348	-264	-43,1
Teleorman	0	0	0	-
Timiş	699	600	-99	-14,2
Tulcea	280	178	-102	-36,4
Vaslui	478	342	-136	-28,5
Vâlcea	565	575	10	1,8
Vrancea	535	451	-84	-15,7
Total	**19.509**	**15.679**	**-3.830**	**-19,58**

Evoluţia numărului de copii plasaţi în unităţi de tip familial

Dacă în cadrul sistemului de protecţie de tip rezidenţial s-a înregistrat o scădere a numărului de copii (cu 3.830 de copii mai puţin în instituţii la 31 decembrie 2005 faţă de 1 ianuarie 2005), cel de protecţie de tip familial a înregistrat o creştere de 15,3% în aceeaşi perioadă (respectiv, cu 935 de copii mai mult). Astfel, la sfârşitul anului 2005, în acest sistem de protecţie se aflau 7.029 de copii. Unele direcţii au început să ofere acest tip de serviciu social, cum este cazul DGASPC Bucureşti – Sectorul 4, iar altele au dezvoltat sistemul existent.

Tabelul 4. *Evoluţia numărului de copii din instituţii rezidenţiale de tip familial în perioada 1 ianuarie 2005 – 31 decembrie 2005*

DGASPC	Numărul copiilor din unităţi de tip familial la 1 ianuarie 2005	Numărul copiilor din unităţi de tip familial la 31 decembrie 2005	Diferenţa numărului de copii din unităţi de tip familial (31 decembrie 2005 – 1 ianuarie 2005)	Rata evoluţiei numărului de copii din unităţile de tip familial faţă de 1 ianuarie 2005 (%)
Alba	314	301	–13	–4,1
Arad	295	296	1	0,3
Argeş	20	62	42	210,0
Bacău	142	137	–5	–3,5
Bihor	166	232	66	39,8
Bistriţa-Năsăud	245	225	–20	–8,2
Botoşani	273	301	28	10,3
Brăila	89	151	62	69,7
Bucureşti – Sectorul 1	16	66	50	312,5
Bucureşti – Sectorul 2	107	141	34	31,8
Bucureşti – Sectorul 3	34	59	25	73,5
Bucureşti – Sectorul 4	0	89	89	–
Bucureşti – Sectorul 5	0	0	0	–
Bucureşti – Sectorul 6	0	0	0	–
Buzău	97	94	–3	–3,1
Caraş-Severin	155	156	1	0,6
Călăraşi	274	237	–37	–13,5

Cluj	81	117	36	44,4
Constanţa	90	68	-22	-24,4
Covasna	49	85	36	73,5
Dâmboviţa	131	166	35	26,7
Dolj	87	83	-4	-4,6
Galaţi	41	73	32	78,0
Giurgiu	50	121	71	142,0
Gorj	8	75	67	837,5
Harghita	375	353	-22	-5,9
Hunedoara	134	233	99	73,9
Ialomiţa	36	35	-1	-2,8
Iaşi	113	102	-11	-9,7
Ilfov	173	154	-19	-11,0
Maramureş	329	336	7	2,1
Mehedinţi	86	62	-24	-27,9
Mureş	196	274	78	39,8
Neamţ	183	158	-25	-13,7
Olt	9	81	72	800,0
Prahova	58	53	-5	-8,6
Satu Mare	148	190	42	28,4
Sălaj	38	74	36	94,7
Sibiu	214	181	-33	-15,4
Suceava	144	269	125	86,8
Teleorman	519	494	-25	-4,8
Timiş	6	6	0	0,0
Tulcea	77	158	81	105,2
Vaslui	156	179	23	14,7
Vâlcea	62	62	0	0,0
Vrancea	274	240	-34	-12,4
Total	**6.094**	**7.029**	**935**	**15,3**

Managerii şi responsabilii de caz în serviciul de îngrijire de tip rezidenţial

După cum se poate vedea din tabelul următor, 52,2% dintre DGASPC nu au desemnat MC în cadrul serviciului de îngrijire de tip rezidenţial, iar cele mai multe judeţe (15,2%) au 6 MC. Numărul maxim de MC în acest serviciu este de 11, în judeţul Teleorman. Judeţele în care nu sunt desemnaţi MC în cadrul

serviciului de îngrijire rezidenţială sunt următoarele: Argeş, Bistriţa-Năsăud, Botoşani, Brăila, Buzău, Călăraşi, Constanţa, Galaţi, Harghita, Hunedoara, Ialomiţa, Maramureş, Olt, Prahova, Sălaj, Sibiu, Timiş, Tulcea, Vâlcea, Vaslui şi Vrancea, precum şi Sectoarele 1, 2, 3 şi 6 ale municipiului Bucureşti. Repartiţia pe DGASP a numărului de MC din cadrul serviciului de îngrijire de tip rezidenţial poate fi observată în tabelul obţinut prin centralizarea datelor din fişa instituţiei, adresată directorilor DGASPC.

Tabelul 5. *Numărul managerilor de caz care lucrează în serviciul de îngrijire de tip rezidenţial*

Numărul managerilor	Numărul DGASPC	%	% cumulate
–	24	52,2	52,2
1	6	13,0	65,2
2	3	6,5	71,7
3	1	2,2	73,9
4	1	2,2	76,1
5	1	2,2	78,3
6	7	15,2	93,5
8	1	2,2	95,7
10	1	2,2	97,8
11	1	2,2	100,0
Total	**46**	**100,0**	

În această categorie, respectiv îngrijirea de tip rezidenţial, sunt incluşi atât copiii din centrele de plasament, cât şi cei din unităţile rezidenţiale de tip familial. Astfel, la sfârşitul anului 2005, în protecţia de tip rezidenţial existau 22.708 copii, dintre care 7.029 se aflau în unităţi de tip familial. Dacă ţinem cont de evoluţia numărului de copii aflaţi în sistemul rezidenţial, observăm că, în perioada 1 ianuarie – 31 mai 2006, numărul acestora a scăzut cu 7,2%. Astfel, la nivel naţional, în sistemul rezidenţial (sub cele două forme) existau 21.066 de copii, aceştia având desemnaţi un număr de 95 de MC şi 424 de responsabili de caz. Din tabelul următor putem surprinde rata medie de cazuri de care se ocupă cele două categorii de profesionişti: 221,7 cazuri în lucru pentru MC şi 49,6 de cazuri instrumentate lunar pentru un responsabil. Aceste date sunt relevante doar pentru judeţele unde sunt desemnaţi manageri şi responsabili de caz pentru copiii aflaţi în sistemul de protecţie rezidenţial.

Totodată, trebuie remarcat faptul că 26 de direcţii dintre cele 46 incluse în cercetare nu au desemnat MC pentru copiii aflaţi în sistemul rezidenţial, iar 7 dintre acestea nu au numit nici responsabili de caz. Este adevărat că există

încă multe confuzii în ceea ce priveşte managementul de caz şi responsabilităţile diferite pe care le au managerii şi responsabilii de caz. Astfel, fiecare copil aflat în sistemul de protecţie, în mod practic şi în acord cu standardele minime obligatorii din domeniul protecţiei copilului, trebuie să aibă un MC şi un responsabil de caz. Poate de aceea este necesară clarificarea acestor aspecte ale organizării, coordonării şi ale implementării în practica socială a standardelor managementului de caz.

Tabelul 6. *Volumul de cazuri per manager şi responsabil de caz în serviciul de îngrijire de tip rezidenţial*

DGASPC	Numărul de cazuri per manager de caz	Numărul de cazuri per responsabil de caz
Alba	90,4	162,8
Arad	144,8	103,4
Argeş	–	135,2
Bacău	114,5	57,2
Bihor	324,5	81,1
Bistriţa-Năsăud	–	117,5
Botoşani	–	102,1
Brăila	95,0	63,3
Bucureşti – Sectorul 1	–	26,5
Bucureşti – Sectorul 2	–	12,1
Bucureşti – Sectorul 3	–	57,7
Bucureşti – Sectorul 4	–	71,4
Bucureşti – Sectorul 5	272,0	68,0
Bucureşti – Sectorul 6	–	–
Buzău	–	28,0
Caraş-Severin	–	–
Călăraşi	57,2	28,6
Cluj	109,5	33,6
Constanţa	–	54,4
Covasna	297,0	42,4
Dâmboviţa	37,1	–
Dolj	–	270,0
Galaţi	–	56,7
Giurgiu	–	–
Gorj	419,0	83,8

Harghita	177,3	53,2
Hunedoara	–	43,6
Ialomiţa	10,1	26,4
Iaşi	323,8	389,0
Ilfov	–	–
Maramureş	–	38,9
Mehedinţi	131,0	32,7
Mureş	33,0	44,0
Neamţ	69,3	32,0
Olt	418,0	83,6
Prahova	–	–
Satu Mare	480,0	96,0
Sălaj	–	32,6
Sibiu	–	39,8
Suceava	117,4	146,7
Teleorman	79,6	6,8
Timiş	–	28,4
Tulcea	–	–
Vaslui	–	43,4
Vâlcea	–	59,18
Vrancea	698	58,1
Media naţională	**221,7**	**49,6**

Media naţională a cazurilor per manager este de 221,7, iar a cazurilor repartizate responsabililor este 49,6. Am întâlnit şi situaţii extreme, mai ales în cazurile în care un manager are repartizat un număr foarte mare de cazuri, pe care nu le poate rezolva eficient (aşa cum este situaţia DGASPC Vrancea, unde un manager are 698 de cazuri, DGASPC Satu Mare cu 480 de cazuri/ manager, DGASPC Gorj cu 419 cazuri/manager sau DGASPC Olt, cu 418 cazuri/manager. Nici situaţia responsabililor de caz din serviciul rezidenţial nu este mai fericită: numărul maxim de cazuri se întâlneşte la DGASPC Iaşi, unde media este de 389 cazuri/responsabil).

Din cauza ambiguităţilor privind rolurile managerului şi ale responsabilului de caz, există mari diferenţe în ceea ce priveşte practica managementului de caz în DGASPC din ţară. Întâlnim chiar situaţii paradoxale, în care numărul MC (aşa cum este el înţeles la nivel local) este cu mult mai mare decât numărul responsabililor de caz sau în care există responsabili de caz pentru copiii aflaţi în sistemul de protecţie de tip rezidenţial, fără să fie desemnaţi MC care să se ocupe de aceştia.

Tabelul 7. *Volumul maxim de cazuri per manager şi responsabil de caz şi media naţională a cazurilor în lucru în serviciul de îngrijire de tip rezidenţial*

	Numărul maxim de cazuri	Media naţională
Manager de caz	698	221,7
Responsabil de caz	389	49,6

Ţinând cont de faptul că orice copil intrat în sistemul de protecţie, deci pentru care s-a luat o măsură de protecţie, trebuie să aibă desemnat un MC, înţelegem mai uşor de ce PIP nu-şi ating de cele mai multe ori finalitatea. Judeţul care pare să aplice mai corect standardele minime obligatorii ale managementului de caz este Teleormanul, iar acest lucru este explicabil şi datorită sistemului rezidenţial de tip familial dezvoltat, care implică noi forme de organizare şi management de caz. Astfel, DGASPC Teleorman are desemnaţi 11 MC (cu o medie de 79,6 cazuri/manager) şi 70 de responsabili de caz pentru toţi copiii aflaţi în unităţile rezidenţiale de tip familial (cu o medie de 6,8 cazuri/responsabil).

Tabelul 8. *Repartiţia pe judeţe a numărului de manageri de caz şi a responsabililor de caz din serviciul de îngrijire de tip rezidenţial (31 mai 2006)*

DGASPC	Numărul managerilor de caz	Numărul responsabililor de caz
Alba	10	5
Arad	5	7
Argeş	0	4
Bacău	6	12
Bihor	2	8
Bistriţa-Năsăud	0	2
Botoşani	0	6
Brăila	6	6
Bucureşti – Sectorul 1	0	13
Bucureşti – Sectorul 2	0	19
Bucureşti – Sectorul 3	0	4
Bucureşti – Sectorul 4	1	5
Bucureşti – Sectorul 5	3	4
Bucureşti – Sectorul 6	0	0
Buzău	0	28
Caraş-Severin	6	0
Călăraşi	0	8
Cluj	4	13
Constanţa	0	11

Covasna	1	7
Dâmboviţa	6	0
Dolj	1	1
Galaţi	0	9
Giurgiu	2	0
Gorj	1	5
Harghita	0	10
Hunedoara	0	11
Ialomiţa	0	10
Iaşi	6	5
Ilfov	2	0
Maramureş	0	20
Mehedinţi	1	4
Mureş	8	6
Neamţ	6	13
Olt	0	5
Prahova	0	18
Satu Mare	1	5
Sălaj	0	10
Sibiu	0	7
Suceava	6	4
Teleorman	11	70
Timiş	0	21
Tulcea	0	0
Vaslui	0	5
Vâlcea	0	11
Vrancea	0	12
Media naţională	**95**	**424**

Pentru implementarea standardelor minime obligatorii privind managementul de caz este nevoie de personal de specialitate, DGASPC fiind cele responsabile cu asigurarea şi cu pregătirea continuă a acestuia. La nivel naţional, observăm că există încă 8 DGASPC care nu au angajaţi asistenţi sociali în sistemul rezidenţial, reprezentând 17,4% dintre judeţe, iar 10 DGASP au un singur asistent social în sistemul de îngrijire rezidenţială.

BCU CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Tabelul 9. *Numărul angajaţilor cu studii de asistenţă socială din sistemul de îngrijire de tip rezidenţial*

Numărul de absolvenţi de asistenţă socială	Numărul DGASPC	%
-	8	17,4
1	6	21,7
2	4	8,7
3	8	17,4
4	6	13,0
5	1	2,2
6	1	2,2
10	1	2,2
12	3	6,5
13	1	2,2
15	2	4,3
17	1	2,2
Total	**46**	**100,0**

Serviciul de asistenţă maternală

Serviciul de asistenţă maternală este o altă formă de protecţie temporară pentru copiii aflaţi în dificultate. Caracterul temporar al acestei forme de îngrijire face ca ea să nu poată reprezenta o finalitate dezirabilă a PIP, aşa cum se precizează în unele PIP elaborate de MC.

Evoluţia numărului de copii plasaţi în asistenţă maternală

Sistemul de asistenţă maternală a cunoscut o dezvoltare foarte accelerată, încă de la apariţia acestei forme de protecţie ca alternativă la instituţionalizare. Văzută la început, în principal, drept o strategie destinată reducerii numărului de cazuri din centrele de plasament, la sfârşitul lunii mai 2006, numărul copiilor din asistenţă maternală tindea să-l egaleze pe cel al copiilor din sistemul de protecţie de tip rezidenţial (centre de plasament şi unităţi de tip familial).

Iniţial, a fost percepută ca o necesitate pentru reducerea numărului de copii instituţionalizaţi, iar odată cu apariţia Legii nr. 272 a început să fie argumentată drept o necesitate pentru protecţia copiilor de vârstă mică.

> Dar conform Legii 272, ştim cu toţii, copilul de 0-3 ani nu mai are ce căuta într-o instituţie. Trebuie găsite soluţii alternative. Nu ştiu dacă noi am fost atât de bine pregătiţi încât să avem atâtea servicii sociale primare create şi dezvoltate, astfel încât să putem face o prevenire reală. Am fost puşi în

situaţia de a lua o măsură şi singura soluţie pe care am găsit-o în afara instituţiei, atunci când nu am avut încotro, a fost asistentul maternal. De aceea există o creştere atât de mare a numărului de asistenţi maternali... (I3, director executiv DGASPC, 5 octombrie 2006)

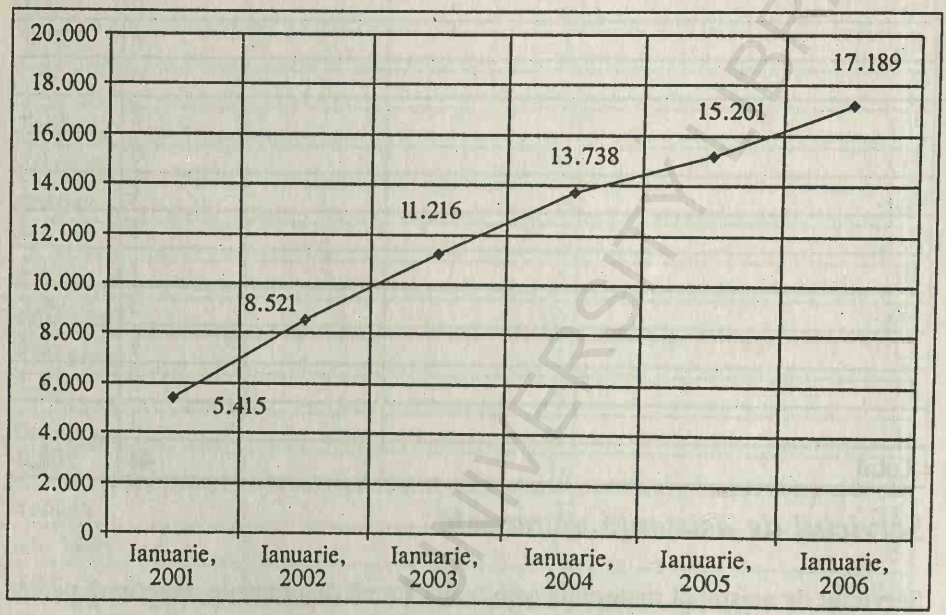


Figura 3. *Evoluţia numărului de copii din asistenţă maternală în perioada ianuarie 2001 – ianuarie 2006*

Chiar dacă presiunea generată de situaţia socioeconomică precară a unei categorii de populaţie, determinând abandonul în maternitate sau în unităţi spitaliceşti a copiilor de vârstă mică (până în 3 ani), este reală, iar interesul anumitor familii de a primi în îngrijire copii abandonaţi a crescut, este necesară dezvoltarea unor servicii comunitare de prevenire a riscului de abandon, diminuându-se necesitatea acestui serviciu:

> În primul rând, vreau să vă spun că există un pericol foarte mare al unei false necesităţi a asistenţei maternale. Nu uitaţi un lucru, că asistenţa maternală a devenit o chestiune extrem de rentabilă. Dacă o să vă uitaţi la sate, de exemplu, sau în mediile unde s-a dezvoltat economia naturală, asistenţa maternală este o chestie extrem de rentabilă care se autoîntreţine... (I4, director executiv DGASPC, 6 octombrie 2006)

Există o tendinţă de creştere a numărului de copii îngrijiţi în asistenţă maternală permanentă. Astfel, la 31 mai 2006, în această formă de protecţie se aflau 18.125 de copii, existând tendinţa de a echivala numărul copiilor aflaţi în îngrijire de tip rezidenţial (21.066), la aceeaşi dată.

Tabelul 10. *Evoluţia numărului de copii plasaţi în asistenţă maternală în perioada 1 ianuarie 2005 - 31 mai 2006*

Copii în asistenţă maternală	Total la nivel naţional
La 1 ianuarie 2005	15.201
La 31 decembrie 2005	17.189
La 31 mai 2006	18.125

Pe de altă parte, problemele sistemului de protecţie a copilului tind să fie transferate din sistemul rezidenţial în cel al asistenţei maternale. De aceea, pentru a oferi servicii eficiente din perspectiva atingerii finalităţilor PIP, este foarte importantă dezvoltarea unei practici riguroase a managementului de caz, prin care să se asigure o şedere cât mai scurtă a copilului în sistemul de protecţie, inclusiv în familiile de asistenţă maternală. Totuşi, semnalăm faptul că, la nivel naţional, apare o tendinţă de creştere continuă a sistemului de îngrijire în asistenţă maternală. Raportându-ne la 1 ianuarie 2005, observăm că, în acel an, numărul copiilor aflaţi în plasament la asistenţi maternali a crescut cu 13,07%, iar până în mai 2006 a crescut cu 31,93%. Aceste date reflectă faptul că nu există eficienţă în urmărirea finalităţilor PIP, iar asistenţa maternală tinde să devină o soluţie permanentă de îngrijire a copiilor din sistemul de protecţie.

Tabelul 11. *Rata de creştere a numărului de copii din asistenţă maternală faţă de 1 ianuarie 2005*

Rata de creştere a numărului de copii în AMP (faţă de 1 ianuarie 2005)	Rata de creştere (%)
La 31 decembrie 2005	13,07
La 31 mai 2006	31,93

Pe de altă parte, creşterea continuă a numărului copiilor aflaţi în asistenţă maternală este văzută şi ca o consecinţă a restricţiilor impuse de legislaţia actuală privind interdicţia plasării în instituţii a copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 şi 3 ani, dar şi a nevoii de protecţie pentru această categorie de copii. Se impune astfel un control al extinderii reţelei de asistenţă maternală, de altfel, foarte costisitoare:

> Asta se întâmplă în urma abandonurilor din maternitate. În conformitate cu Legea 272, singura alternativă este asistentul maternal profesionist şi, slavă Domnului, există destui. Inclusiv noi am făcut peste 700 de AMP care au copii. Acest proces nu va continua la nesfârşit. Asta o să uşureze şi sarcina managerilor de caz ai copiilor aflaţi în asistenţă maternală. Noi am terminat studiul cu evaluarea asistenţei maternale şi acolo concluzia a fost destul de clară: nu mai trebuie făcută acea extindere haotică a asistenţei maternale,

ci doar pe categorii de copii : 0-2 ani, regim de urgenţă şi cei cu dizabilităţi. Nebunia asta cu creşterea reţelei de asistenţi maternali o să se oprească la un moment dat, mai ales că acum lucrăm şi la actul normativ de modificare a legislaţiei [în ceea ce priveşte asistenţa maternală – *n.n.*]. Vor fi nişte modificări şi în niciun caz nu vor mai exista creşteri de 15-20% într-un semestru... Este şi foarte costisitor. (I1, preşedinte ANPDC)

Pe de altă parte, este evidentă necesitatea conştientizării riscurilor creşterii necontrolate a numărului de asistenţi maternali şi a punerii accentului asupra unor programe de prevenire a separării copilului de familie :

Pentru reducerea presiunii asupra sistemului de asistenţă maternală, cred că trebuie să se facă mai multă prevenire [...] probabil şi pentru că asta este o supapă şi, dacă ai deschis această supapă spre asistenţa maternală, te trezeşti că ajungi la o mie, două mii de asistenţi maternali şi nu mai poţi să-i gestionezi. (I3, director executiv DGASPC, 5 octombrie 2006)

Se consideră că sistemul de îngrijire în asistenţă maternală a ajuns la saturaţie, din pricina ratei scăzute de reintegrare a copiilor în familia biologică sau extinsă, care este pusă pe seama neînţelegerii rolului managementului de caz şi a ineficienţei acestuia :

Asistenţii sociali nu lucrează suficient, fie managerii [se referă la directorii DGASPC – *n.n.*] nu înţeleg sistemul, şi atunci nu-i pun să lucreze... într-adevăr, există această rată mică de reintegrare din asistenţă maternală, am sesizat şi noi o blocare în sistem... (I2, preşedinte ORA, 1 septembrie 2006)

Deşi percepţia generală este că sistemul de asistenţă maternală este util în special pentru copiii de vârstă mare, care nu au şanse să fie reintegraţi familial şi nici să fie adoptaţi, din datele deţinute de ANPDC, la începutul lunii decembrie 2006, repartiţia pe vârste a copiilor plasaţi în asistenţă maternală era următoarea (limita inferioară a intervalului de vârstă este stabilită în ani împliniţi) :

Tabelul 12. *Repartiţia pe vârste a copiilor aflaţi în plasament la asistenţi maternali*

Categoria de vârstă	%
0-3 ani	19,9
3-7 ani	38,1
7-10 ani	17,9
10-14 ani	14,1
14-18 ani	8,2
Peste 18 ani	1,8

Dacă luăm în considerare prevederile legale în ceea ce priveşte restricţiile privind plasarea copiilor de vârstă mică (0-3 ani) în instituţii, observăm că aproape 20% dintre minorii aflaţi în asistenţă maternală sunt cuprinşi în această categorie de vârstă. În acelaşi timp, se constată că a crescut foarte mult numărul copiilor cu vârste între 3 şi 7 ani care sunt plasaţi în asistenţă maternală (38,1%, adică 6.793 de copii), aceasta fiind categoria de vârstă cea mai reprezentată în sistemul de asistenţă maternală. Situaţia poate fi explicată şi prin faptul că rata de reintegrare din asistenţă maternală este foarte scăzută (5,2% în 2005), iar copiii stau o perioadă lungă de timp în această formă de protecţie. Şederea copiilor în sistemul de asistenţă maternală nu este numai un efect al situaţiei dificile cu care se confruntă părinţii biologici, ci şi al modului în care este urmărită această finalitate de către MC.

> Este extrem de mică rata de reintegrare şi aici este şi vina managerilor de caz... cu reevaluările o dată la trei luni. Ştiu cazuri în care, pentru acea reevaluare [este vorba despre procesul de reevaluare a situaţiei tuturor copiilor din sistemul de protecţie, care a început odată cu aplicarea Legii 272 – *n.n.*], managerul de caz nici nu ajunge la domiciliul copilului [...], nu ştiu cât de sinceri au fost în completarea chestionarelor. O rată de 5% de reintegrare din asistenţă maternală... deja începi să îţi pui nişte probleme... (I1, preşedinte ANPDC)

Pe de altă parte, pare un lucru paradoxal faptul că rata de reintegrare din instituţii este mai mare decât cea din asistenţă maternală, ambele raportate la anul 2005. Astfel, rata de reintegrare din instituţii în anul 2005 este de 9,4%, în timp ce rata de reintegrare familială din asistenţă maternală este de 5,2%. Din punctul de vedere al intervenţiei sociale, reintegrarea din asistenţă maternală este mai simplă dacă se urmăreşte în permanenţă revenirea cât mai rapidă a copilului în familia sa şi dacă plasamentul în asistenţă maternală nu este văzut ca o finalitate a PIP. O explicaţie a ratei reale scăzute este şi cea referitoare la „reintegrările naturale" din sistemul de protecţie de tip rezidenţial ale celor care au împlinit 18 ani şi părăsesc sistemul de protecţie:

> Rata de reintegrare din instituţii este mai mare decât din asistenţă maternală şi pentru că sunt absolvenţii care termină o şcoală şi pleacă... în familie (FG4, manageri şi responsabili de caz, DGASPC, 12 octombrie 2006)

Observăm că distribuţia plasamentelor în asistenţă maternală este foarte diversă, variind în luna mai 2006 de la o DGASPC cu doar 70 de copii aflaţi în asistenţă maternală (Bucureşti – Sectorul 6), până la „recordul naţional" deţinut de judeţul Iaşi (1.154 de copii), urmat îndeaproape de judeţul Vaslui (1.063 de copii).

Tabelul 13. *Evoluţia numărului de copii plasaţi în asistenţă maternală în perioada 1 ianuarie 2005 – 31 mai 2006*

	Numărul minim de copii aflaţi în asistenţă maternală într-un judeţ/sector	Numărul maxim de copii aflaţi în asistenţă maternală într-un judeţ/sector	Numărul total de copii aflaţi în asistenţă maternală la nivel naţional
La 1 ianuarie 2005	55	1.086	15.201
La 31 decembrie 2005	64	1.130	17.189
La 31 mai 2006	70	1.154	18.125

Din datele statistice furnizate de către DGASPC, observăm că există, de asemenea, o tendinţă de creştere a numărului de copii cu dizabilităţi aflaţi în asistenţă maternală, în cursul anului 2005 înregistrându-se o rată de creştere de 16,2%, mai mare decât rata de creştere naţională totală a numărului copiilor plasaţi în asistenţă maternală (15,58%).

Tabelul 14. *Evoluţia numărului de copii cu dizabilităţi plasaţi în asistenţă maternală în perioada 1 ianuarie 2005 – 31 decembrie 2005*

	Numărul total al copiilor cu dizabilităţi aflaţi în asistenţă maternală
La 1 ianuarie 2005	2.324
La 31 decembrie 2005	2.701

După cum se poate observa din tabelul 15, media naţională a cazurilor aflate în lucru în asistenţa maternală este foarte ridicată pentru managerul de caz şi destul de ridicată pentru responsabilul de caz, asta dacă ne raportăm la standardele minime obligatorii.

> Volumul de lucru e mare, pentru că ajunge la 75-80 de cazuri pentru fiecare asistent social, chiar dacă lucrează câte doi în echipă : un asistent social şi un psiholog. De regulă, cel care are vechime mai multă, experienţă mai multă, lucrează cu asistentul maternal, [fiind – *n.n.*] dublat de asistentul social sau de psihologul copilului... (I6, şef serviciu AMP, 9 octombrie 2006)

Tabelul 15. *Media naţională a cazurilor din asistenţă maternală raportate la numărul managerilor, respectiv al responsabililor de caz (mai 2006)*

Media plasamentelor în asistenţă maternală	Numărul mediu de cazuri
Responsabil de caz	53
Manager de caz	152

Totodată, estimarea făcută de către personalul DGASPC cu privire la numărul de cazuri în lucru este orientată asupra conservării sistemului, asupra evaluării condiţiilor de îngrijire de care beneficiază copiii în familiile de asistenţă maternală, şi nu asupra realizării finalităţii PIP. Discursul coordonatorului serviciului de asistenţă maternală scoate în evidenţă această direcţie a evaluării, nepunând accentul pe reintegrare, adopţie sau integrare socioprofesională.

> Încărcătura optimă pentru un asistent social care lucrează pe asistenţă maternală?... Cred că s-ar decurca cu, să zicem, maximum 40 de cazuri... Deci jumătate din numărul de cazuri pe care le au acum. Este foarte greu să faci în acelaşi timp şi monitorizare, şi consiliere cu asistentul maternal, cu copilul. Este destul de dificil. (I6, şef serviciu AMP, 9 octombrie 2006)

Este necesară schimbarea acestei perspective şi orientarea intervenţiilor către reintegrare, adopţie şi integrare socioprofesională, adică tocmai finalităţile PIP. Activităţile responsabililor de caz ai copiilor aflaţi în asistenţă maternală sau în sistemul rezidenţial trebuie să se orienteze spre aceste finalităţi. Poate de aceea responsabilii de caz din serviciul de asistenţă maternală care au completat chestionarul online se declară foarte nemulţumiţi de numărul de cazuri pe care le au în lucru, în situaţia în care acest număr depăşeste media de 39 de cazuri pe lună.

Managerii de caz în serviciul de asistenţă maternală

Din tabelul 16 observăm că un număr de 11 DGASPC (respectiv 23,9% din totalul lor) nu au angajat în sistemul de asistenţă maternală asistenţi sociali cu diplomă de licenţă, iar 17 DGASPC au angajat cel mult cinci asistenţi sociali profesionişti. Din punctul nostru de vedere, această lipsă îşi spune cuvântul în ceea ce priveşte eficienţa PIP, iar prin eficienţă înţelegem atingerea într-un timp cât mai scurt a finalităţilor PIP: reintegrare, adopţie sau integrare socioprofesională.

Dincolo de confuziile privitoare la rolurile managerului şi ale responsabilului de caz, datele furnizate de către DGASPC au descris ceea ce se înţelegea prin aceste roluri în sistemul de protecţie a copilului, la momentul realizării studiului. Din punctul nostru de vedere, ar fi necesar ca în sistemul de asistenţă maternală, ca şi în cel de protecţie de tip rezidenţial să funcţioneze doar responsabilii de caz, adică doar personalul însărcinat cu îndeplinirea sarcinilor prevăzute în PIP, cu privire la copiii aflaţi în această formă de protecţie, planurile fiind realizate de către MC şi responsabilii cu implementarea PIS.

După cum se poate vedea în tabelul 17, în cazul serviciului de asistenţă maternală există 21 de judeţe (45,7%) care nu au desemnat MC pentru copiii aflaţi în această formă de protecţie, iar ponderea cea mai mare se înregistrează în judeţele care au patru MC în acest serviciu (10,9% dintre DGASPC).

Tabelul 16. *Numărul de manageri de caz cu diplomă de licenţă în asistenţă socială din sistemul AMP*

Numărul de angajaţi	Numărul de DGASPC	%	% cumulat
-	11	23,9	23,9
1	4	8,7	32,6
2	5	10,9	43,5
3	6	13,0	56,5
4	2	4,3	60,9
5	6	13,0	73,9
6	2	4,3	78,3
7	3	6,5	84,8
9	2	4,3	89,1
12	1	2,2	91,3
13	1	2,2	93,5
14	1	2,2	95,7
15	1	2,2	97,8
23	1	2,2	100,0
Total	**46**	**100**	

Tabelul 17. *Numărul de manageri de caz care lucrează în serviciul de asistenţă maternală*

Numărul de manageri	Numărul de DGASPC	%	% cumulat
-	21	45,7	45,7
1	10	21,7	67,4
2	1	2,2	69,6
3	2	4,3	73,9
4	5	10,9	84,8
5	1	2,2	87,0
6	3	6,5	93,5
7	1	2,2	95,7
10	1	2,2	97,8
13	1	2,2	100,0
Total	**46**	**100**	

Judeţul cu cel mai mare număr de MC în serviciul de asistenţă maternală este Iaşul, aici aflându-se şi direcţia cu cel mai mare număr de copii plasaţi în familii de îngrijire din ţară (1.154 de copii la 31 mai 2006). Repartiţia pe judeţe a numărului de MC din serviciul de asistenţă maternală poate fi observată în tabelul 18.

Numărul cazurilor instrumentate de un MC variază de la un județ la altul, iar limitele maxime se înregistrează la DGASPC Satu Mare (356 de cazuri/ manager) și DGASPC Vrancea (371 de cazuri/manager). În tabel sunt prezentate numai datele furnizate de direcțiile care au desemnat MC în acest serviciu de protecție a copilului.

Tabelul 18. *Repartiția pe județe a numărului de dosare per manager de caz în serviciul de asistență maternală (31 mai 2006)*

DGASPC	Media de cazuri conform fișei instituției	Media de cazuri conform chestionarului online
Alba	31,20	27,50
Arad	201,00	21,00
Bacău	86,50	77,20
Bihor	112,75	139,50
Bistrița-Năsăud	90,00	60,00
Brăila	81,60	38,00
București – Sectorul 1	167,00	162,00
București – Sectorul 3	145,00	30,00
București – Sectorul 4	–	35,00
București – Sectorul 5	103,00	–
Buzău	105,75	50,33
Caraș-Severin	88,60	95,00
Călărași	57,86	23,33
Dâmbovița	195,50	–
Gorj	182,00	40,00
Harghita	215,00	52,50
Hunedoara	–	84,00
Ialomița	7,29	–
Iași	88,77	62,56
Ilfov	–	6,00
Mehedinți	93,67	94,00
Mureș	65,00	15,00
Neamț	138,25	25,83
Prahova	–	78,00
Satu Mare	356,00	90,00
Suceava	177,25	62,00
Teleorman	23,36	20,00
Vrancea	371,00	24,00

Ni s-a părut important să evidenţiem discrepanţele existente între datele furnizate de către managerii DGASPC prin completarea fişei instituţiei şi datele completate online de către MC. Astfel, putem observa că:

- au fost identificate direcţii care nu au desemnat oficial MC, dar respondenţii la chestionarul online se consideră MC (Bucureşti – Sectorul 4, Hunedoara, Ilfov şi Prahova);
- există judeţe unde media cazurilor în lucru raportată de către manageri instituţiei este cu mult peste media raportată de către MC (Arad, Bucureşti – Sectorul 3, Buzău, Gorj, Harghita, Neamţ, Satu Mare şi Vrancea);
- există direcţii unde media cazurilor raportate de către manageri este apropiată de cea raportată de către MC (Alba, Bacău, Bucureşti – Sectorul 1, Caraş-Severin, Iaşi, Mehedinţi şi Teleorman).

Tabelul 19. *Media naţională a repartiţiei numărului de cazuri per manager/ responsabil de caz în serviciul de asistenţă maternală (31 mai 2006)*

	Numărul maxim de cazuri	Media de cazuri
Numărul de cazuri/manager de caz	371	132,64
Numărul de cazuri/responsabil de caz	177	67,33

Responsabilii de caz în serviciul de asistenţă maternală

Responsabilii de caz sunt cei care au responsabilitatea de a implementa PIP. Dacă luăm în discuţie datele furnizate de DGASPC, observăm faptul că media numărului de cazuri instrumentate de responsabilii de caz (în mai 2006) variază foarte mult de la o direcţie la alta, în funcţie de resursele umane disponibile şi de numărul copiilor aflaţi în această formă de protecţie.

Observăm şi din tabelul 20 existenţa unor diferenţe semnificative între ceea ce ştiu managerii instituţiei şi ceea ce susţin responsabilii de caz. Trebuie să remarcăm totuşi judeţele unde media raportată de directorii DGASPC este apropiată de cea declarată de către responsabilii de caz: Arad, Bistriţa-Năsăud, Botoşani, Bucureşti – Sectoarele 1 şi 3, Buzău, Caraş-Severin, Dolj, Hunedoara şi Sălaj. Această situaţie de contabilizare diferită a cazurilor repartizate managerilor şi responsabililor de caz poate fi interpretată şi prin faptul că, în ceea ce priveşte activitatea responsabililor de caz, există un grad mai mare de înţelegere unitară a responsabilităţilor, în comparaţie cu cea a MC.

Tabelul 20. *Repartiţia pe judeţe a numărului de dosare per responsabil de caz în serviciul de asistenţă maternală (31 mai 2006)*

DGASPC	Media de cazuri conform fişei instituţiei	Media de cazuri conform chestionarului online
Alba	104,00	–
Arad	100,50	105,00
Argeş	50,43	5,29
Bacău	86,50	–
Bihor	150,33	34,67
Bistriţa-Năsăud	90,00	92,00
Botoşani	39,21	33,40
Braşov	–	6,00
Brăila	37,09	–
Bucureşti – Sectorul 1	23,86	24,50
Bucureşti – Sectorul 2	38,20	–
Bucureşti – Sectorul 3	29,00	28,50
Bucureşti – Sectorul 6	35,00	61,00
Buzău	84,60	80,00
Caraş-Severin	88,60	85,20
Călăraşi	40,50	145,00
Cluj	–	8,50
Constanţa	51,56	29,75
Covasna	96,67	9,67
Dâmboviţa	35,55	–
Dolj	26,62	26,33
Galaţi	13,26	–
Giurgiu	–	29,00
Gorj	22,75	–
Harghita	61,43	22,89
Hunedoara	82,00	85,00
Ialomiţa	38,25	–
Iaşi	144,25	80,00
Ilfov	72,00	–
Maramureş	64,67	–
Mehedinţi	70,25	35,20
Neamţ	34,56	–
Olt	77,40	51,50

Prahova	40,10	65,29
Satu Mare	118,67	–
Sălaj	41,50	43,00
Sibiu	121,25	6,00
Suceava	177,25	20,00
Teleorman	51,40	–
Timiş	55,12	–
Tulcea	47,83	58,00
Vaslui	118,11	67,63
Vâlcea	63,00	89,00
Vrancea	37,10	–

BCU IAŞI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 4

Reintegrarea familială a copiilor din diferite forme de protecţie

Reintegrarea familială din serviciul de îngrijire de tip rezidenţial

Reintegrarea familială este una dintre finalităţile PIP. După cum au declarat managerii şi responsabilii de caz, ea necesită mult timp şi presupune costuri suplimentare în ceea ce priveşte susţinerea financiară a familiei, precum şi organizarea unor servicii sociale comunitare care să sprijine procesul de întoarcere a copilului în familia sa. În cursul anului 2005, la nivel naţional au fost reintegraţi familial 2.018 copii, cifra medie naţională pe judeţe fiind de 43,87. Numărul maxim de copii reintegraţi familial din instituţii s-a înregistrat la Iaşi (312), DGASPC Iaşi deţinând recordul şi în ceea ce priveşte numărul de copii instituţionalizaţi (2.075 la 1 ianuarie 2005).

Rata de reintegrare familială din instituţii rezidenţiale variază de la un judeţ la altul, în funcţie de numărul de copii aflaţi în acest sistem de protecţie, de numărul angajaţilor, de practica managementului de caz şi de urmărirea finalităţilor PIP. Această variaţie poate fi observată în tabelul 21.

În tabelul 22 se poate observa că, în perioada ianuarie-mai 2006, există 520 de copii reintegraţi din instituţii la nivel naţional, care beneficiază de servicii postreintegrare.

Totodată, putem observa că, în mai 2006, la nivel naţional existau 31 de MC care lucrau pentru copii reintegraţi familial din instituţii (iar numărul maxim de MC era de 11, la DGASPC Teleorman) şi 134 de responsabili de caz care instrumentează cazuri de reintegrare familială din instituţii (numărul maxim întâlnindu-se tot la DGASPC Teleorman: 70 de responsabili de caz).

Tabelul 21. *Rata de reintegrare familială a copiilor din instituţii de tip rezidenţial*

DGASPC	Numărul copiilor în instituţii la 1 ianuarie 2005	Numărul copiilor din instituţii reintegraţi familial în 2005	Rata de reintegrare familială din instituţii (%)
Alba	241	46	19,09
Arad	536	96	17,91
Argeş	668	102	15,27
Bacău	623	16	2,56
Bihor	592	11	1,86
Bistriţa-Năsăud	0	0	-
Botoşani	412	15	3,64
Brăila	412	95	23,06
Bucureşti – Sectorul 1	431	27	6,26
Bucureşti – Sectorul 2	127	16	12,60
Bucureşti – Sectorul 3	188	9	4,79
Bucureşti – Sectorul 4	364	32	8,79
Bucureşti – Sectorul 5	388	38	9,79
Bucureşti – Sectorul 6	359	41	11,42
Buzău	694	41	5,91
Caraş-Severin	203	14	6,90
Călăraşi	0	0	-
Cluj	501	20	3,99
Constanţa	540	103	19,07
Covasna	246	5	2,03
Dâmboviţa	128	42	32,81
Dolj	500	61	12,20
Galaţi	533	16	3,00
Giurgiu	197	13	6,60
Gorj	416	56	13,46
Harghita	175	5	2,86
Hunedoara	442	93	21,04
Ialomiţa	275	36	13,09
Iaşi	2.075	312	15,04
Ilfov	275	21	7,64
Maramureş	570	66	11,58
Mehedinţi	82	4	4,88

Mureş	499	143	28,66
Neamţ	318	16	5,03
Olt	679	39	5,74
Prahova	521	80	15,36
Satu Mare	339	31	9,14
Sălaj	356	17	4,78
Sibiu	435	35	8,05
Suceava	612	68	11,11
Teleorman	0	0	-
Timiş	699	45	6,44
Tulcea	280	20	7,14
Vaslui	478	36	7,53
Vâlcea	565	27	4,78
Vrancea	535	9	1,68
Total	**19.509**	**2.018**	**10,34**

Tabelul 22. *Repartiţia managerilor/responsabililor de caz pentru copiii reintegraţi din instituţii*

	Numărul maxim	**Total la nivel naţional**
Numărul copiilor reintegraţi familial din instituţii care beneficiază de servicii	192	520
Numărul managerilor de caz	11	31
Numărul responsabililor de caz	70	134

Reintegrarea familială din centre de tip familial

La nivel naţional, putem observa ca există o rată de reintegrare de 8,2% din sistemul de protecţie de tip familial, mai mică decât cea din centrele de plasament. Aceasta se explică prin faptul că, în general, în unităţile de tip familial există preponderent copii de vârstă mare, care au fost transferaţi din centre de plasament, iar reintegrarea lor nu a fost posibilă. Totodată, putem remarca nivelul crescut de reintegrare familială a copiilor din unităţile de tip familial pe care l-a atins DGASPC Teleorman (36,0% în anul 2005), conjugat cu închiderea tuturor centrelor de plasament.

Tabelul 23. *Numărul copiilor existenți în unități de tip familial (la 1 ianuarie 2005) și numărul copiilor reintegrați din aceste unități în 2005*

DGASPC	Numărul copiilor aflați în unități de tip familial la 1 ianuarie 2005	Numărul copiilor reintegrați familial din centre de tip familial
Alba	314	43
Arad	295	18
Argeș	20	22
Bacău	142	14
Bihor	166	4
Bistrița-Năsăud	245	1
Botoșani	273	14
Brăila	89	50
București - Sectorul 1	16	0
București - Sectorul 2	107	0
București - Sectorul 3	34	1
București - Sectorul 4	0	0
București - Sectorul 5	0	0
București - Sectorul 6	0	0
Buzău	97	23
Călărași	274	45
Caraș-Severin	155	16
Cluj	81	17
Constanța	90	3
Covasna	49	1
Dâmbovița	131	2
Dolj	87	8
Galați	41	2
Giurgiu	50	0
Gorj	8	4
Harghita	375	26
Hunedoara	134	15
Ialomița	36	1
Iași	113	5
Ilfov	173	12
Maramureș	329	14
Mehedinți	86	6

Mureş	196	1
Neamţ	183	12
Olt	9	0
Prahova	58	5
Satu Mare	148	3
Sălaj	38	0
Sibiu	214	9
Suceava	144	7
Teleorman	519	187
Timiş	6	15
Tulcea	77	5
Vaslui	156	5
Vâlcea	62	2
Vrancea	274	52
Total	**6.094**	**504**

Reintegrarea familială din serviciul de asistenţă maternală

Deşi din discursul asistenţilor sociali reiese că reintegrarea familială a copiilor plasaţi în asistenţă maternală pare mai uşor de realizat în comparaţie cu cea a copiilor aflaţi în instituţii, se observă că cele mai multe judeţe au o rată de reintegrare familială din asistenţă maternală net inferioară celei din instituţii. Acest fapt poate fi o consecinţă a politicii sociale, a practicii instituţionale centrate pe reducerea numărului de copii din instituţii şi a ignorării importanţei intervenţiei cât mai rapide pentru reintegrarea în familie a copilului aflat în asistenţă maternală. Aceste cauze fac ca asistenţa maternală în România să devină o soluţie permanentă pentru copii şi uneori chiar să fie văzută ca o finalitate a PIP: 32% dintre respondenţii chestionarului online au precizat că o finalitate a PIP este şi plasarea copilului în asistenţă maternală, confuzie care poate modifica strategia de intervenţie privind reintegrarea copiilor din asistenţă maternală şi care poate explica, totodată, tendinţa de permanentizare a acestei forme de îngrijire şi protecţie. Confuzia existentă în sistemul de protecţie a copilului în ceea ce priveşte plasarea în asistenţă maternală ca finalitate a PIP generează anumite practici ce tind să conserve sistemul de asistenţă maternală. De aceea, activitatea responsabililor cu intervenţia specifică este alcătuită din intervenţii ce presupun monitorizarea şi supervizarea plasamentelor, în condiţiile în care reintegrarea copilului în propria familie este gândită ca un obiectiv pe termen lung. Această atitudine de amânare a intervenţiilor destinate întoarcerii copilului din asistenţa maternală în familia naturală o întâlnim nu doar la nivelul managerilor sau al responsabililor de

caz, ci şi în discursul coordonatorilor serviciilor de asistenţă maternală de la nivelul DGASPC.

Considerarea de către managerii şi responsabilii de caz a plasării copiilor în asistenţă maternală drept finalitate a PIP, aşa cum reiese din analiza datelor oferite de aceştia prin completarea chestionarului online, denaturează interesul manifestat pentru intervenţia destinată creşterii şanselor copilului de a se întoarce în familia naturală, care trăieşte în condiţii precare şi inferioare familiei de îngrijire a copilului:

> În plus, în România, asistenţii maternali nu vor acţiona niciodată în sensul integrării copilului în familia lui naturală. Asistentul are tot interesul să păstreze copilul, nu să o ia de la capăt cu un alt caz... (I1, preşedinte ANPDC)

Rata de reintegrare familială din asistenţă maternală variază de la un judeţ la altul, de la valoarea minimă de 0,32% (DGASPC Vrancea) la cea maximă de 26,28% (DGASPC Giurgiu).

Tabelul 24. *Rata de reintegrare familială a copiilor aflaţi în asistenţă maternală*

DGASPC	Numărul copiilor în AMP (1 ianuarie 2005)	Numărul copiilor reintegraţi familial (2005)	Rata de reintegrare familială din AMP (%)
Alba	264	17	6,44
Arad	148	2	1,35
Argeş	231	20	8,66
Bacău	472	22	4,66
Bihor	378	5	1,32
Bistriţa-Năsăud	235	4	1,70
Botoşani	519	24	4,62
Brăila	287	13	4,53
Bucureşti – Sectorul 1	84	2	2,38
Bucureşti – Sectorul 2	179	8	4,47
Bucureşti – Sectorul 3	143	10	6,99
Bucureşti – Sectorul 4	112	5	4,46
Bucureşti – Sectorul 5	94	4	4,26
Bucureşti – Sectorul 6	55	1	1,82
Buzău	361	26	7,20
Caraş-Severin	336	30	8,93
Călăraşi	378	14	3,70
Cluj	201	5	2,49

Constanţa	349	18	5,16
Covasna	197	10	5,08
Dâmboviţa	665	32	4,81
Dolj	326	28	8,59
Galaţi	697	57	8,18
Giurgiu	137	36	26,28
Gorj	147	7	4,76
Harghita	361	9	2,49
Hunedoara	309	28	9,06
Ialomiţa	142	10	7,04
Iaşi	1.086	21	1,93
Ilfov	89	9	10,11
Maramureş	339	10	2,95
Mehedinţi	267	8	3,00
Mureş	348	10	2,87
Neamţ	454	15	3,30
Olt	313	9	2,88
Prahova	313	29	9,27
Satu Mare	334	15	4,49
Sălaj	165	8	4,85
Sibiu	399	16	4,01
Suceava	600	29	4,83
Teleorman	183	16	8,74
Timiş	735	8	1,09
Tulcea	241	13	5,39
Vaslui	859	33	3,84
Vâlcea	359	17	4,74
Vrancea	310	1	0,32
Total	**15.201**	**714**	**5,2**

Pentru a reuşi să evidenţiem aceste variaţii, prezentăm tabelul următor, care furnizează date relevante privind diferenţele semnificative dintre cele două rate medii de reintegrare : din instituţii şi din asistenţă maternală. Aceste date reflectă faptul că DGASPC rămân fidele politicii sociale orientate către reducerea numărului de copii din instituţii. Plasamentele în asistenţă maternală sunt o alternativă la instituţionalizare, dar această îngrijire familială este afirmată în retorica instituţională drept una temporară, şi nu permanentă. Mai mult decât atât, sistemul de asistenţă maternală s-a dezvoltat la nivelul ţării şi, de aceea, trebuie ca modalităţile de implementare a managementului de caz

pentru reducerea perioadei de şedere a copilului în familia de asistenţă maternală să fie reorganizate.

> Acelaşi lucru se întâmplă în asistenţa maternală [pleacă puţini copii din sistem – *n.n.*]... din asistenţă maternală ne mai ies [copiii] cu adopţiile. Reîntoarcerea în familii este, de asemenea, scăzută. Nici noi nu intervenim, că poate am putea să obligăm, dar e păcat şi de copiii ăştia să îi trimiţi într-o familie numai ca să îi reintegrezi... sau nu găsim părinţii... (I5, director executiv adjunct DGASPC, 13 octombrie 2006)

Tabelul 25. *Rata de reintegrare familială a copiilor din centre de plasament şi din asistenţă maternală în 2005*

DGASPC	Rata de reintegrare familială din instituţii (%)	Rata de reintegrare familială din AMP (%)
Alba	19,09	6,44
Arad	17,91	1,35
Argeş	15,27	8,66
Bacău	2,56	4,66
Bihor	1,86	1,32
Bistriţa-Năsăud	–	1,70
Botoşani	3,64	4,62
Brăila	23,06	4,53
Bucureşti – Sectorul 1	6,26	2,38
Bucureşti – Sectorul 2	12,60	4,47
Bucureşti – Sectorul 3	4,79	6,99
Bucureşti – Sectorul 4	8,79	4,46
Bucureşti – Sectorul 5	9,79	4,26
Bucureşti – Sectorul 6	11,42	1,82
Buzău	5,91	7,20
Caraş-Severin	6,90	8,93
Călăraşi	–	3,70
Cluj	3,99	2,49
Constanţa	19,07	5,16
Covasna	2,03	5,08
Dâmboviţa	32,81	4,81
Dolj	12,20	8,59
Galaţi	3,00	8,18
Giurgiu	6,60	26,28
Gorj	13,46	4,76

Harghita	2,86	2,49
Hunedoara	21,04	9,06
Ialomiţa	13,09	7,04
Iaşi	15,04	1,93
Ilfov	7,64	10,11
Maramureş	11,58	2,95
Mehedinţi	4,88	3,00
Mureş	28,66	2,87
Neamţ	5,03	3,30
Olt	5,74	2,88
Prahova	15,36	9,27
Satu Mare	9,14	4,49
Sălaj	4,78	4,85
Sibiu	8,05	4,01
Suceava	11,11	4,83
Teleorman	–	8,74
Timiş	6,44	1,09
Tulcea	7,14	5,39
Vaslui	7,53	3,84
Vâlcea	4,78	4,74
Vrancea	1,68	0,32
Media naţională	**9,4**	**5,2**

Chiar dacă numărul copiilor plasaţi în asistenţă maternală este în continuă creştere, observăm că *numărul total de MC la nivel naţional* care oferă servicii copiilor reintegraţi este de 21, iar *numărul total de responsabili de caz* care oferă servicii directe acestei categorii de beneficiari este de 37. În perioada ianuarie-mai 2006, la nivel naţional, 90 de copii primeau servicii postreintegrare din asistenţă maternală, în comparaţie cu 520 de copii reintegraţi din instituţii în familia naturală. În sistemul de protecţie se menţine totuşi interesul pentru reducerea numărului de copii instituţionalizaţi şi încă nu se conştientizează importanţa reintegrării familiale a copiilor aflaţi în asistenţă maternală. Atitudinea managerilor cu privire la dezvoltarea sistemului de asistenţă maternală este direcţionată de comparaţia clasică dintre condiţiile superioare oferite în asistenţa maternală şi cele din instituţii şi de evidenţierea avantajelor îngrijirii în familii-substitut faţă de cea rezidenţială.

> [Asistenţa maternală – *n.n.*] preia ce s-a închis [se referă la centre de plasament – *n.n.*]. Păi e uşor să spui „nu mai organizez centre pentru copii". Nu numai că nu mai fac centre ca să nu îi am în centre, dar prefer

ca alternativă de protecţie asistenţa maternală, că-i alternativă familială. Cauza creşterii numărului de copii din asistenţă maternală nu se află la noi. Cauza se află în nivelul de trai al familiilor şi în asistenţă, şi în felul în care se organizează la nivel naţional asistenţa socială a familiilor. Până când familiile nu vor fi ajutate, să crească numărul de locuri de muncă ca să se poată angaja bărbaţii, să existe un sistem de asigurări sociale pentru copiii cu nevoi speciale şi ceva care să încurajeze familiile să îi ţină acasă, să existe posibilităţi financiare la primării pentru ca o familie să fie sprijinită într-un moment de dificultate... (I5, director executiv adjunct DGASPC, 13 octombrie 2006)

Totodată, presiunea existentă asupra sistemului de asistenţă maternală este văzută ca venind din partea situaţiei socioeconomice precare a anumitor categorii de familii, din anumite zone. Pentru reducerea numărului de copii aflaţi în asistenţă maternală, o soluţie prioritară întrevăzută de reprezentanţii DGASPC este cea a reducerii intrărilor în sistem, şi nu a creşterii reintegrărilor în familia naturală.

Tabelul 26. *Repartiţia managerilor/responsabililor de caz pentru copiii reintegraţi din asistenţă maternală (31 mai 2006)*

	Numărul maxim	Total la nivel naţional
Numărul copiilor reintegraţi familial din asistenţă maternală care primesc servicii	8	90
Numărul managerilor de caz	5	21
Numărul responsabililor de caz	7	37

Se poate observa că, în perioada ianuarie-mai 2006, la nivel naţional au fost reintegraţi familial 90 de copii din asistenţă maternală, iar numărul maxim de MC din direcţii care au lucrat pentru această categorie de beneficiari a fost de 5. Putem observa, de asemenea, din tabelul 27, faptul că *rata medie naţională de reintegrare familială din asistenţă maternală* este de 5,22%, iar cea a copiilor cu dizabilităţi este de 1,78%.

Tabelul 27. *Rata medie naţională de reintegrare din AMP în 2005*

Rata medie naţională de reintegrare din AMP	%
Rata de reintegrare familială din asistenţă maternală	5,22
Rata de reintegrare familială a copiilor cu dizabilităţi din AMP	1,78

Nevoia profesioniştilor din domeniul protecţiei copilului de a conştientiza extinderea posibilităţilor şi orientarea activităţilor în vederea reintegrării familiale a copiilor aflaţi în familii de asistenţi maternali sau a adopţiei (una dintre finalităţile posibile ale PIP) este afirmată la toate nivelele instituţionale,

fiind văzută de reprezentanţii acestor instituţii drept o prioritate, datorită schimbării contextului legislativ şi a situaţiei din sistemul de protecţie a copilului.

> Acum, chiar dacă ne referim la copiii de vârstă mică, ei nu mai intră în instituţii... decât cazuri izolate, de tranziţie pentru asistenţa maternală. Asta înseamnă că, nepărat, concentrarea [practicienilor din domeniul protecţiei copilului] trebuie să fie pe reintegrare şi pe adopţie din asistenţă maternală... (I2, preşedinte ORA, 1 august 2006)

Datele culese în cadrul interviurilor şi al focus-grupurilor evidenţiază tendinţa de a compara familia de asistenţi maternali cu cea biologică, iar acest discurs legitimează dezirabilitatea AMP drept o soluţie pentru copilul aflat în sistemul de protecţie. După cum afirmam iniţial, în istoria dezvoltării sistemului din România, asistenţa maternală era definită doar ca o alternativă la instituţionalizare, iar percepţia aceasta încă se menţine în domeniul protecţiei copilului.

> Or, primăriile, în acest moment, au un buget atât de mic, încât abia îşi permit să aibă un lucrător social, şi acela mai este şi veterinarul comunei. Ăsta este nivelul din România, şi e independent de ceea ce facem noi. Şi creşte numărul copiilor din asistenţă maternală pentru că există alternativa familială; noi nu o să mai organizăm iarăşi centre [de plasament]. Şi vă spun acum un alt risc care va exista şi va exploda cât de curând, deja au apărut semnale: este vorba de familiile care pleacă să lucreze în străinătate. Este o problemă socială şi trebuie reglementată într-un fel responsabilitatea primăriilor, care trebuie să se ocupe de aceşti copii, să se ştie precis când pleacă o familie, când pleacă şi soţul, şi soţia, la cine rămân copiii, să se ceară ajutorul înainte de a părăsi părinţii copiii... (I5, director executiv adjunct DGASPC, 13 octombrie 2006)

Totuşi, lucrurile par să se schimbe, cel puţin la nivelul discursului reprezentanţilor DGASPC. Limbajul folosit de participanţii la unul dintre focus-grupurile organizate la Alba (judeţ-pilot selectat pentru succesele înregistrate în reintegrarea familială a copiilor în cursul anului 2005) a condus la rezultate notabile în acest sens.

> Noi [asistenţii sociali], în asistenţa maternală, ne-am dat seama că mai bine este să integrăm copiii în familie şi să sprijinim familia [natural] decât să stea [copiii] în asistenţă maternală. Şi am insistat foarte mult ca pentru orice copil reintegrat [în familia biologică] să fie condiţii minime. Am considerat că e mult mai important să stea în familia lui, decât la un asistent maternal care este o persoană străină, o familie străină... şi atunci noi aşa am considerat şi ne-am axat pe revenirea în familie, pe reintegrări. (FG4, manageri şi responsabili de caz, DGASPC, 12 octombrie 2006)

B.C.U "M. EMINESCU" IAŞI

Condiţii pentru creşterea şanselor de reintegrare familială

Pentru a identifica strategiile de intervenţie care au condus la reintegrarea familială a copiilor din diferite forme de protecţie, a fost selectat judeţul Alba ca judeţ-pilot. Aici s-au realizat două focus-grupuri şi două interviuri cu părinţi ai căror copii au fost reintegraţi. Din analiza datelor, atât a celor culese din acest judeţ, cât şi din celelalte unităţi administrative cuprinse în studiu (Bacău şi Dolj), s-au identificat câteva elemente esenţiale care au condus la reintegrarea familială şi s-au decelat acţiunile care pot fi întreprinse pentru creşterea eficienţei în urmărirea finalităţii PIP. Chiar dacă s-au raportat rezultate în ceea ce priveşte reintegrarea familială la nivelul unor direcţii, de cele mai multe ori reintegrarea copiilor în familia naturală are rezultate modeste în majoritatea judeţelor. Evitarea şederii copilului un timp nelimitat în sistemul de protecţie reclamă mobilizarea resurselor, organizarea şi funcţionarea managementului de caz în protecţia copilului, sprijinirea familiei biologice. Pentru exemplificare, prezentăm în continuare o serie de factori care influenţează succesul reintregării familiale şi câteva modalităţi prin care aceştia pot fi îmbunătăţiţi, aşa cum se desprind din analiza materialului empiric cules de noi.

Menţinerea relaţiilor dintre părinţi sau familia lărgită şi copilul aflat într-o formă de protecţie

Practica unor DGASPC care au avut o rată mai ridicată de reintegrare faţă de media naţională arată că una dintre condiţiile esenţiale în reintegrarea familială este restabilirea şi menţinerea legăturilor dintre părinţi sau alţi membri ai familiei biologice şi copil. Aceasta a fost subliniată deopotrivă de către manageri ai DGASPC, de specialiştii din sistemul de protecţie şi de părinţii intervievaţi.

> Este un serviciu dificil, iar secretul unei reintegrări [familiale] reuşite este acela de a găsi pârghiile necesare reluării legăturilor cu părinţii. Asta în primul rând. Pentru că, în momentul în care am luat copiii cu dizabilităţi de la cele două cămine-spital, trecuseră ani de zile de când părinţii nu îi mai vizitaseră şi nimeni din partea instituţiei nu făcuse nimic. Atunci, noi am preluat copiii, am ieşit în mass-media, în cea scrisă şi în cea audiovizuală, şi asta i-a făcut curioşi [pe unii dintre părinţi – *n.n.*] şi au venit să îşi caute copilul. După aceea [părinţii – *n.n.*] au primit, lunar, scrisori cu ce progrese a făcut copilul, iar asistentul social sau educatorul specializat le cereau să vină să-l vadă. Au fost tot felul de întâlniri şi chiar deplasări [la domiciliul părinţilor – *n.n.*], în care transportul şi cheltuielile au fost asigurate de Direcţie [DGASPC – *n.n.*]. Se lua legătura cu ei şi apoi se făcea o primă vizită. Au existat şi aspecte neplăcute, pentru că mulţi [părinţi – *n.n.*] nu îşi doreau acest lucru, dar întâi lua legătura cu ei asistentul social, nu

> încercam să creem alte probleme sociale în afară de cele pe care le aveau. Au fost şi situaţii în care nu speram iniţial să găsim o soluţie de reintegrare şi s-a putut [realiza întoarcerea copilului în familia sa – *n.n.*]. (I3, director executiv DGASPC, 5 octombrie 2006)

Şansele de reintegrare sunt cu atât mai ridicate cu cât părinţii au ţinut în permanenţă legătura cu copiii lor prin vizite sau prin petrecerea vacanţelor împreună.

> Ei [copiii] oricum veneau acasă în fiecare vacanţă. Eu cam la o lună de zile îi aduceam sau, când era ziua unuia dintre ei, dădeam telefon la doamna directoare la centru şi nu se discuta... îi luam acasă. (I7, familie, reintegrare din centrul de plasament, 12 octombrie 2006)

Interesul pentru menţinerea legăturilor dintre părinţi şi copii trebuie menţinut de către responsabilii de caz, care pot face ca aceste evenimente (întâlnirile dintre părinţii biologici şi copiii lor) să se transforme în rutină, ceea ce ar facilita revenirea definitivă a copilului în familia naturală.

> Pentru ca reintegrarea copilului să fie cât mai uşoară, trebuie să organizăm vizite tot mai dese, întâlniri între copil şi părinţi, să ducem copilul cât mai des în mediul familial... asta ar ajuta la acomodarea reciprocă... (FG5, manageri şi responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

Evaluarea detaliată a familiei, pregătirea reintegrării şi monitorizarea postreintegrare

Reuşita unei reintegrări familiale depinde în mare măsură de profesionalismul asistenţilor sociali în ceea ce priveşte evaluarea situaţiei familiale şi intervenţia pentru pregătirea familiei şi copilului în vederea revenirii acestuia în familia biologică. Lipsa aplicării unei metodologii de evaluare care să ia în considerare, în afară de indicatorii economici, şi caracteristicile socioculturale ale fiecărei familii în parte poate conduce la situaţii tragice pentru copil:

> Am avut un caz în care părinţii l-au înfometat pe copil, l-au ţinut într-un hal fără de hal ca să obţină un grad de handicap; au fost la medicul specialist şi, când nu au reuşit să primească grad de handicap, au venit şi ni l-au adus înapoi. Pentru ei era doar o sursă de venit. Şi atunci, ni l-au dat înapoi pentru că nu aveau ce face cu el. Mulţi îşi iau copiii pentru o alocaţie de stat sau un plus la ajutorul social. E o sumă foarte mică, dar pentru ei este foarte mult... Şi mai sunt şi alte probleme... Copiii de la noi din sistem sunt crescuţi într-un mediu sigur, li se dă mâncare, tot ce le trebuie, iar când îi dăm acasă se îmbolnăvesc, refuză să mai mănânce, să

comunice cu ceilalți copii din familie... Nu se compară ce au în familie cu ce au primit atâția ani de la noi [sistemul de protecție – *n.n.*]. (FG3, responsabili de caz pentru reintegrare, 12 octombrie 2006)

În general, atunci când se evaluează familia biologică a copilului aflat într-o formă de protecție, se urmărește surprinderea modului cum s-au schimbat acele condiții care au dus la instituirea respectivei forme de protecție:

> [Atunci când facem reintegrarea – *n.n.*] urmărim să vedem dacă s-au schimbat condițiile care au dus la o formă de protecție... și de la caz la caz... dacă, să zic, s-a instituit măsura de protecție din cauza problemelor materiale și financiare, și dacă acestea s-au schimbat și nu au apărut altele, ne gândim la o posibilitate... eu, în general, de aici plec... (FG3, responsabili de caz pentru reintegrare, 12 octombrie 2006)

Creșterea șanselor de reintegrare a copilului în familia sa depinde și de modul în care s-au schimbat factorii care au generat problema, și de posibilitatea îmbunătățirii condițiilor prin intervenții specializate:

> Există unele familii la care problema este de natură materială și altele la care problema este de natură psihocomportamentală și atitudinală. Ei, la aceste familii [din ultima categorie – *n.n.*], problema care se pune este aceea că trebuie să existe un asistent social, să existe acea echipă de intervenție – asistent, psiholog, jurist – care să discute în permanență, să facă schimb de idei și să se completeze reciproc, să vedem în ce măsură acea problemă psihosocială este una proprie familiei, este de natură accidentală, este de natura unui eveniment deosebit sau este legată pur și simplu de istoricul familiei... Și, în condițiile astea... să încercăm să vedem acolo unde se pot recupera, pentru că familia aceea va reprezenta în continuare o povară pentru societate. (I4, director executiv DGASPC, 6 octombrie 2006)

Evaluarea detaliată a familiei este definită nu doar ca o modalitate de diagnosticare a situației familiei la un moment dat, ci și ca o formă de intervenție pentru pregătirea mediului familial în vederea reintegrării copilului.

> După aceea [după ce s-au hotărât să reintegreze copilul – *n.n.*] am venit la Comisie, am fost de vreo două ori. Când am venit prima oară, au zis că „nu se poate să luați copiii, că nu aveți un geam acolo". Și după aceea, a doua oară, iar am venit. Și mi-a zis [asistentul social – *n.n.*]: „Să vă faceți geamul, să aveți aerisire, să aveți tot ce vă trebuie... asta și asta". Deci am îndeplinit toate cerințele pe care ni le-au impus și am venit la Comisie a treia oară și mi-au dat copiii. Deci nici nu am așteptat, și în ziua respectivă m-am și dus după copii. Nici nu s-au așteptat femeile acelea [asistentele maternale, cei doi copii fiind plasați la familii diferite – *n.n.*]. Au fost foarte cumsecade, m-au întrebat: „Vasile, chiar acuma vrei să îi iei?" [...] „Da, chiar acuma vreau să îi iau", am zis... I-am luat și i-am dus acasă,

hăinuțe nu prea aveam și a fost cam greu... La început știți cum e, nu ai ce-ți trebuie... Acele refuzuri [ale Comisiei] au fost întemeiate. Au fost refuzuri, „Nu dom'le nu-ți dăm copiii că nu aveți acolo condiții... Unde-i băgați?". Într-un fel, ei [membrii CPC] aveau dreptate. Acuma le dau dreptate. Da, mă uit, acuma-i căldură, avem aerotermă, nu plătim curentul... Merge pe aerotermă, de vreo doi ani și ceva, iar curentul nu-l plătim. Domnul primar a zis că... vă băgăm și curent și apă ca să aveți... (I8, familie, reintegrare din asistență maternală, 12 octombrie 2006)

Totodată, evaluarea inițială presupune identificarea nevoilor copilului și a posibilităților familiei și comunității de a satisface acele nevoi, precum și evidențierea serviciilor care pot fi oferite în situația în care copilul este reintegrat.

Trebuie să evaluezi nevoile copilului, să-l orientezi către serviciile care pot să-l sprijine, să vezi dacă beneficiază de serviciile sociale care sunt prevăzute de lege și să îl ajuți. Depinde de la caz la caz. Evaluezi nevoile și problemele acolo, în familie, și după aceea vezi care sunt etapele pe care trebuie să le parcurgi... (FG5, manageri și responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

Pe de altă parte, în județul Alba, un alt factor care a influențat rata crescută de reintegrare a fost reevaluarea situației copiilor declarați abandonați, conform legislației în vigoare înainte de 2005. Managerii și responsabilii de caz au subliniat faptul că au existat și cazuri ale unor copii legal abandonați, care au fost reintegrați după acest proces de reevaluare, iar o parte dintre familiile biologice au reacționat pozitiv la această inițiativă. Declararea judecătorească a abandonului înainte de anul 2005 făcuse să scadă interesul părinților pentru copii, să întrerupă orice demers de a-i vizita etc.

În 2005, pe lângă faptul că am lucrat foarte bine, a apărut și legea care a obligat [re]evaluarea copilului, chiar dacă era abandonat prin lege, cu sentință judecătorească. Părinții nu mai țineau legătura cu copilul, nici asistentul social... ei [părinții] crezuseră că este abandonat, că este în adopție. O perioadă bună de timp a fost o relație inexistentă. Și au existat cazuri de acest gen în care s-a făcut reintegrarea... Acesta a fost un factor al succesului în reintegrare... Alt motiv a fost poate și mobilizarea asistenților sociali într-un fel mai aparte... ce a ținut de managementul instituției, poate și noi am conștientizat... (FG4, manageri și responsabili de caz DGASPC, 12 octombrie 2006)

Hotărârea familiei de a reintegra copiii

Dintre toți factorii care influențează creșterea șanselor de reintegrare familială a copilului, cel mai important, crucial pentru reușită, îl reprezintă hotărârea părinților/familiei de a reintegra copilul. În cadrul interviurilor cu părinții

care şi-au luat copiii acasă s-au remarcat această decizie şi rolul ei în proces, indiferent de dificultăţile întâmpinate. Decizia este cu atât mai fermă cu cât angajează ambii părinţi. În situaţia în care este vorba de reintegrarea într-o familie monoparentală, este necesară implicarea familiei lărgite pentru consolidarea deciziei şi pentru asumarea eforturilor.

> Doar împreună am hotărât [cu soţul – *n.n.*], nu singură, să aducem copiii acasă... (I7, familie, reintegrare din centrul de plasament, 12 octombrie 2007)

Deseori, o parte dintre reintegrările familiale nu reflectă iniţiativa specialiştilor din sistem, ci hotărârea părinţilor. Din interviurile realizate cu membrii celor două familii în care reintegrarea copiilor s-a făcut cu succes, după părerea responsabililor de caz, a reieşit faptul că ambele familii au avut această iniţiativă, iar specialiştii nu au făcut altceva decât să faciliteze procesul.

> Nu au venit de la Direcţie... ne-am hotărât noi. Copiii trebuie să fie lângă părinţi... (I7, familie, reintegrare din asistenţă maternală, 12 octombrie 2007)

Consilierea şi sprijinul acordat familiei

Consilierea este văzută ca o tehnică foarte importantă în procesul de reintegrare şi, de aceea, trebuie să se pună un accent deosebit pe modul în care se desfăşoară, pe scopurile pe care intervenţia le are în procesul de reintegrare. Deseori, consilierea este considerată o formă de convingere, o ocazie de a explica părinţilor anumite aspecte favorabile ale procesului de reintegrare. Din discuţiile avute în cadrul focus-grupurilor, s-a identificat nevoia de pregătire, de formare continuă a personalului pentru consiliere, aceasta fiind o tehnică de intervenţie ce poate conduce la succesul întoarcerii copilului în familia biologică. Consilierea de grup nu este o practică uzuală a profesioniştilor intervievaţi; ea nu a fost invocată de către managerii sau responsabilii de caz drept tehnică folosită în lucrul cu familiile.

> Să ştiţi că, de cele mai multe ori, cum relaţionezi de la început şi cum îl consiliezi, aşa se rezolvă cazul... (FG3, responsabili de caz pentru reintegrare, 12 octombrie 2006)

Beneficiarii serviciilor de consiliere conştientizează doar sprijinul practic, punctual, şi îndrumarea către anumite acţiuni ce produc rezultate imediate. Astfel, în lucrul cu familiile în care se doreşte reintegrarea se impune trasarea scopurilor şi a obiectivelor pe termen scurt, aspecte care se regăsesc în planurile de intervenţie specifică.

> M-a ajutat cu actele... Mi-au spus, „trebuie să mergeţi să îmi aduceţi hârtia aia, de dincolo, de la primărie, îmi aduceţi aia, aia, îmi aduceţi viză de

flotant". Mie îmi place omul concret şi corect... (I8, familie, reintegrare din asistenţă maternală, 12 octombrie 2006)

Se remarcă faptul că, în general, consilierea este centrată pe problemele beneficiarilor şi orientată de găsirea unor soluţii la aceste probleme. Specialiştii cu rezultate notabile sunt cei care pun accentul pe resursele şi punctele tari ale beneficiarilor, scopurile fiind exprimate într-un limbaj pozitiv şi considerate surse esenţiale în motivarea beneficiarilor pentru schimbare:

> Dacă lucrez la un caz de reintegrare, urmăresc să le explic [părinţilor] cum s-ar acomoda copilul în condiţiile în care va veni acasă, deşi el este obişnuit să stea la un asistent maternal. Să recunoaştem, condiţiile de la asistentul maternal nu sunt aceleaşi cu cele de acasă. Părintele trebuie să fie conştient că, atunci când va veni copilul, îi va fi greu să se adapteze. Şi să se aştepte la lucrul acesta. De cele mai multe ori, consilierea o facem împreună cu psihologul. El ştie să explice mai bine unele lucruri (FG5, manageri şi responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

> Eu, când consiliez părinţii, îi ajut să descopere ce resurse au, cine-i poate ajuta, care sunt punctele lor forte şi descriu venirea copilului în familie drept un eveniment fericit. Ei sunt mai motivaţi să facă ceva pentru asta, să se pregătească... Iar modul acesta de consiliere este mai eficient decât să vorbim numai despre problemele pe care le au şi despre cât de dificil va fi când vor lua copilul acasă (FG5, manageri şi responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

Sensibilizarea şi responsabilizarea părinţilor

Din datele culese în cadrul focus-grupurilor s-au evidenţiat două strategii în lucrul cu părinţii pentru readucerea copilului în familie. Pe de o parte, sensibilizarea părinţilor, prin sublinierea beneficiilor afective reciproce ale prănţilor şi copiilor, generate de revenirea acestuia în familie.

> Îi sensibilizăm [pe părinţi]... le spunem cât de important este copilul, ce frumos este când îţi zâmbeşte sau când te mângâie pe faţă, cât de important e să strige „mama", care trebuie să fie lângă el, şi îi apreciem foarte mult... La insistenţele noastre, iau copiii acasă... „Vă bucuraţi când vă strânge în braţe?"... „Da"... „Vă întristaţi că acest copil, dacă ar fi dus în altă familie, ar plânge după dumneavoastră?"... „Da". Şi atunci începe să se transpună într-o anumită stare. Şi, la foarte mulţi, această abordare merge... (FG4, manageri şi responsabili de caz, DGASPC, 12 octombrie 2006)

Pe de altă parte, unii specialişti pun accentul pe responsabilizarea părinţilor, abordând o atitudine imperativă, prezentând problemele ce pot apărea dacă

părinţii nu-şi iau copiii acasă, o posibilă ameninţare la care este supus copilul în urma separării acestuia de părinţi.

> Eu nu intru chiar aşa în... [sensibilizare]... le spun că au o serie de responsabilităţi, că trebuie să îşi ia acei copii acasă sau, dacă nu, să renunţe de tot la ei, că nici nu-i iau, nici nu-i lasă în adopţie şi, până la urmă, încep să îi viziteze şi să îi ia acasă... (FG4, manageri şi responsabili de caz, DGASPC, 12 octombrie 2006)

Sprijinul financiar acordat familiilor

Indiferent de poziţia în instituţie, respondenţii consideră că susţinerea financiară încurajează părinţii să ia decizia reintegrării copilului, la aceasta adăugându-se importanţa asigurării unor servicii complementare.

> Trebuie să existe posibilitatea să se intervină atât material, cât şi financiar [pentru susţinerea familiei biologice a copilului – *n.n.*]. Pot să intervin cu o sumă de bani şi cu un serviciu... Pe mine mă uimeşte când mai văd rapoarte de la direcţii care spun că un copil a fost dat în asistenţă maternală, iar singurul motiv invocat este că familia nu are mijloace financiare să-l susţină. Deci, practic, nu s-au invocat alte motive... că nu ar fi în siguranţă sau altceva... şi atunci l-au dat la un asistent maternal, ceea ce nu este normal. (I2, preşedinte ORA, 1 august 2006)

În judeţul-pilot Alba, în care s-au cules date legate de factorii ce conduc la succes în procesul de reintegrare, există un program de susţinere financiară finanţat de către Consiliul Judeţean, care a influenţat semnificativ rezultatele privind reintegrarea familială a copiilor aflaţi într-o formă de protecţie:

> De fapt, vreau să vă spun că am reuşit să obţinem în judeţ o hotărâre de consiliu prin care să sprijinim familiile cu până la 2 milioane pe lună în cazul în care problema materială este cea care i-a determinat pe părinţi să se îndepărteze de copil. E un program pe care noi îl numim de prevenire a abandonului, dar este şi pentru reintegrare... (I4, director executiv DGASPC, 6 octombrie 2006)

Sprijinul financiar acordat de către DGASPC este adaptat nevoilor şi situaţiilor specifice fiecărui caz în parte, atât ca perioadă de timp alocată, cât şi ca nivel al cuantumului. Dar sprijinul financiar nu este văzut ca o condiţionare a familiei de a-şi lua copilul acasă.

> În condiţiile în care noi [DGASPC – *n.n.*] dăm posibilitatea copilului să revină, dăm şi acest ajutor [familiei] care poate dura trei luni, şase luni, un an, în funcţie de situaţie, de necesităţi. Până acum am dat un milion pe

> lună. Acum am zis să dăm între 200.000 şi 2,5 milioane, în funcţie de situaţie. Pentru că nu-i bine nici să îl înveţi dependent [pe părinte – *n.n.*] şi nici să îi spui „ia-ţi copilul că eu îţi dau bani", pentru că niciodată nu vei avea garanţia că îl ia de drag – şi atunci copilul va regăsi ceea ce a pierdut, acea dragoste, mediul familial – sau, pur şi simplu, el este numai o monedă de schimb (I4, director executiv DGASPC, 6 octombrie 2006)

Valoarea ajutorului financiar este stabilită de către Comisia pentru Protecţia Copilului, odată cu decizia de reintegrare a copilului, la propunerea asistentului social care a instrumentat cazul.

> În ajutorul nostru a venit şi un program de sprijin financiar. Au fost unii [părinţi] care au acceptat revenirea copiilor mult mai uşor cu sprijinul acesta financiar... se acordă o sumă de bani... în funcţie de situaţie; anul trecut se propunea un nivel maxim, în funcţie de venitul familiei, şi Comisia aproba... din bugetul Consiliului Judeţean. (FG4, manageri şi responsabili de caz, DGASPC, 12 octombrie 2006)

Sprijinul primit de familii la reintegrarea copiilor din centre de plasament a fost apreciat de către părinţi, fiind considerat un ajutor important pentru acoperirea anumitor nevoi. În plus, familiile nu au beneficiat de alte ajutoare financiare.

> [Când au venit copiii acasă – *n.n.*] de la centrul de plasament de la Blaj mi-au dat 7,4 milioane şi mi-au zis că sunt bani pentru că pleacă copiii din Direcţie... de sub tutela lor... alte ajutoare nu am primit nici de la Direcţie, nici de la primărie. (I7, familie, reintegrare din centrul de plasament, 12 octombrie 2006)

Unul dintre cazurile studiate nu a primit niciun sprijin financiar, fapt care demonstrează că decizia şi hotărârea familiei de a-şi lua copiii acasă poate fi mai importantă decât sprijinul material sau financiar.

> Nu am primit nimic [ajutor financiar sau material de la DGASPC – *n.n.*]. (I8, familie, reintegrare din asistenţă maternală, 12 octombrie 2006)

Perioada de monitorizare postreintegrare are un rol important pentru determinarea condiţiilor în care trăieşte copilul, pentru identificarea unor posibile schimbări în situaţia familiei şi pentru o posibilă intervenţie de urgenţă în cazul în care familia are nevoie de sprijin ca să depăşească anumite momente de criză:

> Am avut un caz în care mama a cerut să internăm din nou copilul pentru că familiei i s-a sistat curentul electric. (FG3, responsabili de caz pentru reintegrare, DGASPC, 12 octombrie 2006)

Concentrarea asupra unor metode de intervenție și asupra sprijinului financiar

În județul-pilot studiat, la nivelul discursului managementului DGASPC, reintegrarea familială a copiilor nu este definită ca un scop în sine, ci mai degrabă este orientată de interesul copilului:

> În primul rând, nu am făcut din reintegrare un deziderat; un deziderat am făcut din rezolvarea problemelor copilului. Prin urmare, nu am făcut integrare ca să răspund la o comandă politică sau administrativă, ci ca să răspund la o comandă socială. Întotdeauna le-am spus băieților și fetelor [asistenților sociali – *n.n.*] de la mine „să nu mergeți pe ideea că trebuie să faceți reintegrare, ci numai pe ideea că trebuie să ajutați copilul, să-i fie mai bine. În cazul în care credeți că-i este mai bine acolo, e în regulă". Pentru că, după opinia mea, cel mai bine ar fi dacă s-ar renunța sau s-ar diminua cât mai mult scoaterea copilului din familie. Asta ar elimina toate dificultățile legate de revenirea lui în familie... (I4, director executiv DGASPC, 6 octombrie 2006)

De asemenea, se subliniază importanța deosebită a dezvoltării serviciilor, nu a prestațiilor sociale care întăresc situația de dependență a beneficiarilor:

> Părerea mea este că ceea ce lipsește în momentul de față în România sunt serviciile sociale; suntem o țară de prestații sociale. Dăm bani, dăm aia, dăm aia, dar nimeni nu se gândește că acea familie nu a fost niciodată învățată să își gospodărească banii, să îi chiverniséască, să se angreneze într-o activitate, să încerce să facă dintr-un leu, un leu cincizeci... (I4, director executiv DGASPC, 6 octombrie 2006)

Mai mult decât atât, orientarea focalizată pe susținere financiară creează efecte perverse și dependență, prestațiile având un rezultat nul asupra scăderii riscului de abandon al copiilor:

> S-a observat că în nicio comunitate în care s-a aplicat Legea 416, a venitului minim garantat, nu a scăzut numărul de abandonuri familiale sau școlare, nici nu a crescut nivelul de trai al vreunei familii... Nu, în niciun caz... (I3, director executiv DGASPC, 5 octombrie 2006)

Din analiza datelor culese cu ajutorul interviurilor și al focus-grupurilor, observăm o diferență semnificativă între discursul directorilor de instituții și cel al managerilor și responsabililor de caz cu privire la reintegrarea copiilor în familiile biologice. Dacă primii pun accentul pe intervenție și pe reducerea riscurilor acordării unui ajutor financiar (dependență, luarea deciziei de a primi copilul acasă în urma motivației financiare etc.), pe adaptarea acestei

forme de sprijin financiar la nevoile specifice ale fiecărui caz în parte, managerii și responsabilii de caz susțin importanța sprijinului financiar și influența lui benefică asupra procesului de reintegrare familială a copiilor. Unii practicieni au tendința să considere că succesul reintegrării este legat doar de fondurile suficiente pentru sprijin financiar. Acestea reprezintă o formă de stimulare, dar modificările de profunzime de la nivelul mentalității și atitudinii părinților sunt generate de felul în care profesioniștii lucrează cu aceștia, de felul cum sunt consiliați și ajutați să ia o decizie în favoarea reintegrării familiale a copilului.

> Toată lumea așteaptă sprijin; ce tot atâtea povești? Concret: să se materializeze în bani! (FG3, responsabili de caz pentru reintegrare, 12 octombrie 2006)

Conectarea familiei la serviciile din comunitate

Un alt factor care susține reintegrarea copiilor în familie este cel legat de *accesul la unele servicii din comunitate*. Existența unor servicii comunitare, cum ar fi centrele de zi, centrele de consiliere și sprijin pentru părinți, grupurile de suport etc., poate sprijini reintegrarea copilului în familie:

> Ne ajută foarte mult că avem un centru de zi. Avem copii în centre de plasament și, în momentul reintegrării [copiilor – *n.n.*] în familie, am propus să meargă în centrul de zi. E un sprijin, e ceva, e o masă caldă, cineva se ocupă de copil să își facă temele și, cu timpul, se învață... (FG3, responsabili de caz pentru reintegrare, 12 octombrie 2006)

Trebuie să subliniem importanța specialiștilor din cadrul serviciilor sociale comunitare pentru susținerea reintegrării familiale a copiilor și a accesului familiilor la aceste servicii.

> Și crearea serviciilor a fost un „secret al reușitei" [reintegrării familiale]. Păi, părintele ăla ce să facă cu copilul? Unde să-l ducă? La ce specialiști? Nu exista nimic. Aducând copiii din cele două cămine-spital în cele două municipii unde există servicii de recuperare și unități medicale, putem interveni pentru că avem specialiști. (I3, director executiv DGASPC, 5 octombrie 2006)

Pentru copiii cu dizabilități, funcționarea unor servicii de recuperare participă la succesul reintegrării, mai ales că, odată cu întoarcerea lor în familie este realizat și urmărit un *plan de recuperare*.

> [Înainte – *n.n.*] copilul putea fi luat în familie și adus doar pe timpul zilei, în cele două sau patru ore de recuperare, atât cât era trecut în plan. Iată că s-a putut găsi această alternativă, o rețea de servicii. Trebuiau create și

> dezvoltate aceste servicii complementare, ca să poți oferi părintelui sau familiei o alternativă. (I3, director executiv DGASPC, 5 octombrie 2006)

Nevoia de servicii de recuperare este cu atât mai mare cu cât reintegrările familiale din centrele de plasament sunt realizate în special pentru copiii cu dizabilități, cel mai frecvent întâlniți în instituții.

> Dacă nu ar fi existat aceste servicii complementare, nu am fi putut face acest lucru și, cu siguranță, nici nu am fi avut succes în reintegrare. Iar acum, toate reintegrările care se fac din centre îi implică doar pe copiii cu nevoi speciale, copiii cu dizabilități... cei care au rămas... (I3, director executiv DGASPC, 5 octombrie 2006)

Conectarea familiei la rețeaua de servicii din comunitate, chiar înainte de începerea demersurilor de reintegrare a copilului, reprezintă un mod de intervenție menit să motiveze și să susțină părinții în încercările lor de readucere a copilului acasă și de readaptare a acestuia în noul context familial.

> Copiii merg la grădiniță amândoi... și merg și la logoped... la logopedie, aici, la Leagăn... noi ne-am integrat... la grădiniță avem doctor de familie, mergem la logopedie, analizele sunt toate bune, numai cu vorbirea mai sunt probleme. (I8, familie, reintegrare din asistență maternală, 12 octombrie 2006)

Implicarea SPAS și a consiliilor comunitare consultative în procesul de reintegrare familială

Unul dintre cele mai deficitare aspecte legate de reintegrarea familială a copiilor aflați într-o formă de protecție este cel al implicării autorităților locale. Chiar dacă implicarea SPAS este dorită de către specialiști și de către beneficiari, aceștia din urmă încă se izbesc de indiferența și de incapacitatea autorităților – mai ales a celor din mediul rural – de a oferi servicii. Chiar dacă reintegrarea copiilor în familia biologică este văzută ca un proces ce poate fi facilitat de către autoritățile locale, implicarea acestora reprezintă o formă incipientă de intervenție în problematica reintegrării copilului:

> O altă problemă cu reintegrarea este că cele mai multe cazuri, normal, trebuie sprijinite de autoritățile locale. Care autorități locale sunt și ele tot atât de indiferente, mă rog, între ghilimele, și tot atât de ineficiente în a-și dezvolta serviciile. Adevărul este că nici nu prea au bani să-și creeze aceste servicii. Pentru că sistemul de asistență socială nu este dezvoltat peste tot cu servicii la nivel local, atunci comunicarea între direcții [DGASPC – *n.n.*] și local [primării – *n.n.*] este mai slabă. (I1, președinte ANPDC)

Deseori se impune implicarea autorităţilor locale, mai ales în programele de prevenire, în situaţiile de urgenţă, atunci când s-a luat o decizie cu privire la protecţia copilului sau când se realizează reintegrarea familială.

> Ei bine, în momentul în care îi iau copilul [şi îl plasează într-o formă de protecţie – *n.n.*], familia aceea se decomprimă puţin. În momentul acela, comunitatea locală ar trebui să lucreze împreună cu familia, pentru că este mai uşor când este mai decomprimată decât atunci când există şi problema copilului. Să ajute familia să se normalizeze şi, după aceea, din mers, să reintre copilul. Iar dacă singura problemă este legată de bani, că mulţi vin şi spun: „Nu putem să venim să-l luăm, că trebuie să plătim naveta, să-i cumpărăm caiete", atunci facem o socoteală şi spunem: „OK, naveta te costă 800.000, caietele te costă 400.000 pe lună, îţi dăm 1.500.000 şi asistentul social va veni, va monitoriza şi te va urmări să vadă copilul, dacă va merge la şcoală, dacă banii respectivi se vor duce la el". (I4, director executiv DGASPC, 6 octombrie 2006)

Totodată, pentru reuşita reintegrării, este necesară implicarea primăriei în preluarea cazului, după o perioadă de monitorizare din partea DGASPC:

> Minimum trei luni urmărim cazul [după reintegrare] împreună cu SPAS, [...] după care îl preia primăria. (FG3, responsabili de caz pentru reintegrare, 12 octombrie 2006)

Monitorizarea care urmează reintegrării familiale a copilului este văzută de către participanţii la focus-grupuri ca un proces desfăşurat de specialiştii DGASPC, în colaborare cu referenţii din cadrul primăriei, fapt care contribuie la transferul responsabilităţilor către comunităţile locale.

> După ce facem reintegrarea, şi noi [asistenţii sociali ai DGASPC – *n.n.*], şi ei [referenţii din primării – *n.n.*] urmărim cazul împreună cu ei pe o perioadă de aproximativ 6 luni, acum depinde de situaţie... (FG4, manageri şi responsabili de caz, DGASPC, 12 octombrie 2006).

Perioada de lucru în comun dintre asistentul social al DGASPC şi asistentul social comunitar constituie şi pentru referenţii din primării o ocazie de a învăţa, de a gândi şi de a acţiona în acord cu specialiştii din DGASPC.

> Este importantă şi relaţia dintre noi şi reprezentanţii primăriilor. Pentru că, mergând de la noi [DGASPC – *n.n.*] aceleaşi persoane, în timp se creează o relaţie cu persoana respectivă [asistentul social comunitar – *n.n.*] şi, treptat, ea începe să gândească la fel ca şi noi. Noi începem să le spunem cât de importantă este reintegrarea copilului în familie... (FG4, manageri şi responsabili de caz, DGASPC, 12 octombrie 2006)

Reintegrarea familială a copiilor din sistemul de protecţie presupune dezvoltarea unor relaţii de colaborare cu primăriile şi un efort deosebit de menţinere a comunicării cu acestea. Deseori, SPAS sunt puţin deschise la dezvoltarea unor relaţii de colaborare cu părinţii, pentru a le sprijini demersurile de reintegrare a copiilor, şi „expediază" responsabilitatea către DGASPC.

> De multe ori [părinţii] nu sunt băgaţi în seamă când merg singuri la primărie. [Salariata] e ocupată şi spune: „Lasă-mă şi du-te la Direcţie"... (FG3, responsabili de caz pentru reintegrare, 12 octombrie 2006)

Astfel, implicarea asistentului social responsabil cu reintegrarea copilului poate constitui o formă de a le fi alături şi de a face *advocacy pentru părinţi*, acţiuni orientate către autorităţile locale. Prezenţa specialiştilor DGASPC alături de părinţi contribuie în mod cert la schimbarea comportamentului reprezentanţilor primăriei:

> Când mergem noi, reacţionează altfel, facem presiuni unde se poate şi, în general, se rezolvă. (FG3, responsabili de caz pentru reintegrare, 12 octombrie 2006)

Uneori, părinţii întâlnesc atitudini de descurajare din partea membrilor comunităţii, atunci când intenţionează să-şi primească din nou copilul în familie sau când reintegrarea a fost deja atinsă:

> Reuşim pe unii [părinţi] să îi convingem să-şi ia copilul acasă, dar când se întorc în comunitate dau peste tot felul de „intelectuali" care le spun că nu aşa e legea şi-i învaţă cum e legea, nu ce-i minţim noi... întotdeauna comunitatea are un cuvânt mai greu decât avem noi... (FG3, responsabili de caz pentru reintegrare, 12 octombrie 2006)

Iar comunitatea le întăreşte starea de dependenţă şi de vulnerabilitate, prin sfaturi care susţin refuzul reintegrării copilului în familie:

> Ei consideră că statul este dator şi obligat să le crească copilul... foarte mult avem de lucru cu această mentalitate... vin şi ne spun că „nu îl mai ţin", ne închid uşa şi pleacă. (FG3, responsabili de caz pentru reintegrare, 12 octombrie 2006)

Uneori, există şi atitudini negative ale unor angajaţi din cadrul primăriilor faţă de familiile implicate în demersul de reintegrare, iar acestea se răsfrâng asupra situaţiei copilului. Discursul negativ, încărcat cu argumente critice, produce tensiuni în relaţiile cu părinţii şi descurajează colaborarea cu aceştia.

> De obicei, cei de la primărie spun: „Ţi-ai lăsat copilul, du-te şi vezi de el!". Îi ceartă. Şi atunci, omul devine automat mai puţin cooperant şi nu se

mai face nimic. Au fost sesizări la care am mers cu reprezentanţii primăriei şi a fost foarte greu să discutăm cu persoana respectivă, dar când ne-am dus singuri, a fost altfel. De multe ori, se creează o tensiune pentru că mergem cu reprezentantul primăriei. Ăla de la primărie care nu mă ajută niciodată, care mă tot cheamă şi mă tot amână... Au fost certuri între persoană şi reprezentantul primăriei... Şi noi trebuia să luăm deoparte persoana respectivă ca să putem vorbi... (FG4, manageri şi responsabili de caz, DGASPC, 12 octombrie 2006)

Chiar dacă formal s-au înfiinţat consilii comunitare consultative, acestea nu funcţionează şi nici nu sunt cunoscute de către specialiştii care lucrează pentru reintegrarea familială a copiilor din sistemul de protecţie a copilului:

Nu am participat la întruniri ale grupurilor consultative comunitare... nici nu am auzit de ele... (FG3, responsabili de caz pentru reintegrare, 12 octombrie 2006)

Unele persoane care fac parte din aceste structuri comunitare sunt consultate de către asistentul social din comunitate, dar nu în calitatea lor de membri, ci datorită influenţei pe care o au în comunitate.

Pe hârtie sunt înfiinţate comisiile [consiliile] consultative comunitare... dar nu am simţit un efect al acestor structuri în activitatea noastră... noi colaborăm cu referentul din primărie, care uneori este secretarul consiliului respectiv sau, dacă avem o problemă, mergem şi contactăm preotul, care probabil face parte şi el din aceste comisii. (FG4, manageri şi responsabili de caz, DGASPC, 12 octombrie 2006)

Chiar dacă, oficial, aceste consilii comunitare consultative au fost înfiinţate, ele nu au suficientă influenţă în comunitate, problemele copiilor aflaţi într-o situaţie de risc sau în dificultate fiind transferate către DGASPC.

Ar trebui să funcţioneze consiliile comunitare, care deja au început să se dezvolte cam în toate comunităţile. Nu funcţionează cum ar trebui. Practic, ele ar trebui să fie o minicomisie la nivel local, în care să se dezbată cazul concret al copilului. Şi hotărârea care se ia să fie una obiectivă, nu să se spună: „Hai, că nu avem nicio soluţie, mergem la Direcţie, că acolo se rezolvă..." (I6, şef serviciu AMP, 9 octombrie 2006)

La nivel local s-au înfiinţat consiliile comunitare consultative... funcţionează greu, aproape deloc... comunitatea nu este implicată... (FG5, manageri şi responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

S-au semnalat şi situaţii în care aceste consilii comunitare sunt active datorită implicării DGASPC în formarea şi dezvoltarea lor. Cu toate acestea,

faptul că ele nu sunt animate de spiritul comunitar, care ar fi trebuit să le întemeieze, este dovedit de caracterul sporadic al activităţii, desfăşurată exclusiv în condiţiile de intervenţie ale DGASPC.

> În 60% dintre comune s-au înfiinţat grupurile consultative de sprijin. Le-am urmărit noi. Funcţionează. Atunci când le solicităm, chiar vin, ne ajută. Noi le-am format. 25 dintre ele chiar sunt formate de noi. Au apărut alte priorităţi... Au venit inundaţiile şi am pierdut din mână formarea în continuare. O vom relua când mai terminăm cu problemele mari. Avem o persoană la serviciul Prevenire Abandon care numai de asta se ocupă, ţine legătura cu primăriile. Noi le-am dat formulare despre cum trebuie să arate referatul, cine trebuie să facă parte, le-am dat proiectul de hotărâre de Consiliu, totul le-am dat. Numai să se întâlnească ei acolo. După ce ne-au făcut lista, i-am chemat aici, câte cinci primării, de cinci ori până acum; avem 25 de primării cu formare, o zi aici, dar noi le facem tot. Le facem un biblioraft cu toată legislaţia, o trimitem prin mail, ţinem legătura cu ei ca să le-o completăm ori de câte ori apare câte o noutate legislativă. Ştiţi de ce facem? Nu că nu avem noi ce face. Ne ajută pe noi... (I5, director executiv adjunct DGASPC, 13 octombrie 2006)

Serviciile sociale zonale din proximitatea familiilor

Judeţul Alba se caracterizează prin existenţa şi funcţionarea unor *structuri zonale de asistenţă socială* din subordinea DGASPC, care constituie o prezenţă instituţională în proximitatea familiilor. Aceste structuri se numesc *departamente de servicii sociale* şi au fost dezvoltate şi ca o consecinţă a reliefului special al judeţului. Ele au în componenţă personal de specialitate şi sunt organizate pe zone, facilitându-se astfel accesul familiilor la serviciile sociale. În număr de patru, departamentele de servicii sociale sunt localizate în Cugir, Blaj, Aiud şi Abrud.

> În judeţ avem aceste departamente de servicii sociale care nu prea există în celelalte judeţe... [datorită lor] se acoperă judeţul, care este foarte mare, cu un relief mai deosebit. Facem mai uşor monitorizări şi ţinem legătura cu familia naturală. Înainte era mai dificil, o ştie toată lumea... mergeai la 100 de km. Era foarte greu, şi atunci s-a simţit nevoia ca judeţul să fie împărţit în opt zone, dintre care patru sunt acoperite de aceste departamente... şi este mai uşor... E eficient, poate şi asta explică succesul în reintegrare... (FG4, manageri şi responsabili de caz, DGASPC, 12 octombrie 2006)

Prin deplasarea serviciilor în proximitatea familiilor biologice sau extinse, creşte accesul beneficiarilor la acestea, în toate etapele desfăşurate pentru reintegrare: stabilirea contactelor iniţiale, pregătirea familiei şi a copilului pentru reintegrare, monitorizarea postreintegrare etc.

Nici persoanele, familiile [din alte localități – *n.n.*] nu mai vin până în Alba, pentru că aceasta era o mare problemă, oamenii spuneau că nu au de unde să dea 200.000 într-o zi. (FG4, manageri și responsabili de caz, DGASPC, 12 octombrie 2006)

Serviciile de monitorizare postreintegrare

Serviciile de monitorizare după realizarea reintegrării au rolul de a sprijini familia și de a-i oferi siguranța că poate apela la serviciile sociale atunci când are probleme:

La fiecare reintegrare în familie, ei [părinții] știu numărul de telefon, știu unde ne pot găsi, care sunt persoanele care s-au ocupat de caz și, în general, când sunt probleme știu unde să vină și să spună că sunt probleme. (FG3, responsabili de caz pentru reintegrare, 12 octombrie 2006)

Totodată, monitorizarea postreintegrare trebuie să le ofere părinților posibilitatea de a fi independenți și de a-și asuma responsabilitatea creșterii și îngrijirii copiilor, știind că pot apela la serviciile specialiștilor atunci când apar probleme.

Cel mai bine este să nu stai tot pe capul lor, pentru că ei trebuie să se rupă de sistemul de protecție, să fie independenți... trebuie lăsați... și doar când au o problemă mare de tot, pe care nu o pot rezolva, atunci intervenim noi... (FG3, responsabili de caz pentru reintegrare, 12 octombrie 2006)

Din relatările participanților la focus-grupuri reiese faptul că, în general, inițiativa accesării acestor servicii postreintegrare aparține părinților. Specialiștii consideră că aceasta este o oportunitate pentru părinți de a deveni autonomi, după reintegrare, în raport cu instituția de protecție.

[Părinții] știu tot timpul unde să ne găsească, știu persoana cu care să ia legătura... Noi îi încurajăm, le dăm un număr de telefon, știu unde să ne caute și îi încurajăm să apeleze atunci când au nevoie, dar nu avem noi inițiativa. (FG3, responsabili de caz pentru reintegrare, 12 octombrie 2006)

Atunci când evaluările situației familiale arată nevoia instituirii unor servicii specifice de monitorizare, fie din cauza condițiilor materiale, fie a situațiilor disfuncționale din familie, specialiștii pot avea inițiativa monitorizării postreintegrare:

După ce au venit copiii acasă, asistenții sociali [de la DGASPC – *n.n.*] au fost la noi, dar eu nu am mai venit pe la Direcție, că nu îmi prea place să vin... când aud de Direcție, gata, mi se înmoaie picioarele. Știți ce vreau să

spun [se referă la refuzurile din partea CPC – *n.n.*]. (I8, familie, reintegrare din asistenţă maternală, 12 octombrie 2006)

După ce au sosit băieţii acasă, nu a venit un asistent social de la Direcţie, să vadă dacă avem nevoie de ceva... (I7, familie, reintegrare din centrul de plasament, 12 octombrie 2006)

Limitarea perioadei de şedere a copilului într-o formă de protecţie

Un alt factor important în realizarea reintegrării familiale a copilului este cel legat de şederea lui o perioadă cât mai scurtă într-o formă de protecţie. O parte din succesul acestei acţiuni este dat de faptul că, imediat după luarea unei măsuri de protecţie, se stabileşte drept obiectiv imediat reintegrarea copilului. Astfel, părinţii nu au posibilitatea de a se elibera de responsabilităţile lor, ci sunt implicaţi permanent într-un proces prin care trebuie să modifice situaţia care a dus la intrarea copilului în atenţia serviciilor sociale.

Copilul trebuie să stea cât mai puţin departe de familia sa... când ne-am gândit la o reintegrare, ne-am întrebat dacă acelui copil, mergând acasă şi renunţând la multe elemente de civilizaţie pe care le avea în centrul de plasament sau în casa de tip familial, îi va fi mai bine într-un loc în care nu mai are covoare, nu mai are săpun. Dar întotdeauna am zis: OK, în perioada în care a stat aici a învăţat că este săpun, a învăţat să simtă nevoia să se spele. Şi va găsi el o posibilitate, poate cu alt săpun, poate în alte condiţii... dar necesităţile pe care i le-am creat îi vor rămâne. Ele se vor schimba, se vor adapta la revenirea în mediul familial, dar totuşi el are acolo alte lucruri pe care eu nu i le pot da într-o casă de tip familial, indiferent cum aş organiza-o şi indiferent cât ar fi de calificat personalul. (I4, director executiv DGASPC, 6 octombrie 2006)

În sistemul de protecţie a copilului, specialiştii au, de altfel, tendinţa de a se relaxa după luarea unei măsuri indiferent care ar fi ea, pierzându-se focalizarea asupra reintegrării în familia naturală, ca necesitate. Procesul de întoarcere a copilului în familia sa biologică se reia după o anumită perioadă de timp, mai ales atunci când apar directive şi indicaţii speciale în acest sens.

Importanţa vârstei copilului aflat într-o formă de protecţie

De obicei, în opinia specialiştilor, şansele cele mai mari de reintegrare le au copiii de vârste extreme, fie sub trei ani, fie de peste 14 ani. Pentru prima categorie, reintegrarea se realizează din asistenţă maternală (din moment ce copiii de vârstă mică aflaţi în dificultate nu mai ajung în instituţii, ci în familii

de asistenţă maternală), iar pentru a doua categorie, din instituţii rezidenţiale (uneori poate fi vorba chiar de o *reintegrare familială naturală*, atunci când tinerii împlinesc 18 ani sau termină studiile):

> De la asistenţii maternali, şansele cele mai mari [de reintegrare familială] le au copiii mici... sau cei de vârstă mare... ei [copiii] pot să muncească, să sprijine familia, dacă se angajează au un salariu, venituri, şi [părinţii] îi primesc mult mai uşor. (FG3, responsabili de caz pentru reintegrare, 12 octombrie 2006)

Se observă un interes deosebit al specialiştilor pentru reintegrarea copiilor care au o vârstă mai mică şi pentru reducerea perioadei de şedere a acestora într-o formă de protecţie:

> Noi am considerat că reintegrarea se face cu atât mai uşor cu cât copilul are o vârstă mai mică... Să nu mai crească copilul, să fie foarte greu pentru familie să-l accepte... Noi am zis că este momentul să insistăm mai mult pe reintegrare. (FG4, manageri şi responsabili de caz, DGASPC, 12 octombrie 2006)

Veniturile familiei

Cazurile de reintegrare analizate în urma interviurilor individuale arată că familiile respective au anumite venituri din pensii, alocaţii sau de pe urma muncilor ocazionale, fapt ce creează o oarecare stabilitate economică şi posibilitatea de a-şi face planuri în care să includă şi copiii. De asemenea, a intrat în calcul faptul că familiile îşi pot mări veniturile prin accesarea serviciilor oferite la nivelul primăriei: ajutor social, alocaţie complementară, alocaţie pentru familii monoparentale etc. Uneori, obţinerea acestor prestaţii este condiţionată de deţinerea unor documente legale, precum certificate de naştere sau cărţi de identitate, iar asistenţii sociali se implică în obţinerea lor:

> Mergem noi şi le facem certificate de naştere [copiilor] ca să poată beneficia [familia] de ajutorul social... (FG3, responsabili de caz pentru reintegrare, 12 octombrie 2006)

Orientarea intervenţiei asupra punctelor tari ale familiei

În focus-grupurile realizate de noi cu responsabilii de caz pentru reintegrare reiese că evaluarea familiilor şi părinţilor se face în primul rând prin identificarea şi sistematizarea „problemelor", exprimate într-un limbaj care traduce în primul rând disfuncţiile. De exemplu, în practica de consiliere sunt căutate punctele slabe ale părinţilor, pentru a spori succesul intervenţiei:

> La fiecare familie, cu puţin efort şi ceva consiliere, găseşti punctele slabe şi o poţi ajuta, să aduci din nou copilul în familie. (FG3, responsabili de caz pentru reintegrare, 12 octombrie 2006)

De exemplu, când profesioniştii sunt întrebaţi ce modificări au observat la părinţi după şedinţele de consiliere, ei au în general tendinţa de a-şi axa răspunsurile pe elementele negative sau deficitare ale situaţiei iniţiale a părinţilor:

> [Părinţii] nu au informaţiile necesare, nu sunt informaţi asupra drepturilor pe care le deţin... (FG3, responsabili de caz pentru reintegrare, 12 octombrie 2006)

De multe ori, obiectivele nu sunt exprimate de specialişti în termenii oportunităţilor sau ai situaţiilor dorite (de exemplu, bucuria de a trăi alături de copil, fericirea copiilor de a fi alături de părinţi etc.), ci ai evitării unor situaţii nedorite, percepute de către părinţi drept ameninţări:

> Şi mai e o şmecherie, îi spunem de adopţie, că dacă se rupe de copil, îl pierde... [sau] dacă pe ăsta mic nu poţi să-l ţii, nici pe ăştia nu poţi să-i ţii... ţi-i luăm pe toţi... (FG3, responsabili de caz pentru reintegrare, 12 octombrie 2006)

Totodată, practica a demonstrat (Cojocaru, 2005) faptul că tipul acesta de argumente negative, percepute ca ameninţări, nu pot determina părintele să acţioneze pentru reintegrare, ci el va aborda tot felul de strategii de apărare, pentru a evita „ameninţarea":

> [Mama] invocă probleme de sănătate... trebuie să se opereze.... motivul ăsta cu operatul să ştiţi că îl dau foarte multe familii... (FG3, responsabili de caz pentru reintegrare, 12 octombrie 2006)

Relaţia construită între asistentul social şi familie

Un alt factor ce intră în ecuaţia unei reintegrări familiale reuşite este calitatea relaţiei construite între asistentul social şi părinţii copilului. Acesta este un rezultat al modului în care se definesc aşteptările fiecărei părţi şi în care se duc la bun sfârşit sarcinile alocate celor care intră în această relaţie.

> Este foarte importantă relaţia cu asistentul social. Dacă [părintele] nu te cunoaşte bine... nu poate să aibă încredere... este foarte important cum îi vorbeşti. Acum nu fac teorie,. dar el trebuie să simtă că îl înţelegi... Nu-i învinovăţeşti şi nu-i cataloghezi „sunteţi nişte părinţi denaturaţi şi aţi făcut nu ştiu ce, aţi lăsat copilul"... (FG4, manageri şi responsabili de caz, DGASPC, 12 octombrie 2006)

Părinţii care au participat la interviurile individuale au subliniat relaţia de colaborare pe care au avut-o cu asistentul social. Ei au caracterizat calitatea relaţiei cu asistentul social din perspectiva sprijinului primit din partea acestuia, chiar dacă nu a fost vorba neapărat de o susţinere financiară.

> Cu doamna Viorica [asistent social – *n.n.*] ne-am înţeles foarte bine. Extraordinar de bine. Deci nu am ce să zic. Pâinea lui Dumnezeu! Ne-a ajutat foarte mult. Nu am cuvinte să spun despre dânsa... (I8, familie, reintegrare din asistenţă maternală, 12 octombrie 2006)

Astfel, relaţia dintre cele două părţi a funcţionat ca un liant contribuind la rezolvarea favorabilă a reintegrării.

Importanţa grupurilor de suport şi a altor forme de intervenţie de grup

În general, formele de intervenţie de grup sunt neglijate de practicienii din domeniul protecţiei copilului în raport cu lucrul individual şi consilierea. Mai mult decât atât, intervenţia de grup nu este apreciată de către beneficiari, ea nefiind o practică dezvoltată în lucrul cu aceştia.

> Familiile participă mai greu la grupurile de suport... au un nivel scăzut de cultură şi nu vin... (FG3, responsabili de caz pentru reintegrare, 12 octombrie 2006)

Vrem totodată să subliniem şi importanţa formării personalului în organizarea activităţilor de grup, care pot fi mult mai eficiente decât cele individuale, datorită influenţei grupului asupra participanţilor individuali; în domeniul protecţiei copilului, din datele oferite în cadrul focus-grupurilor se poate intui lipsa experienţei managerilor şi responsabililor de caz în astfel de activităţi şi noutatea care ar putea fi introdusă în modalităţile practice de lucru cu familiile.

Cunoaşterea de către specialişti a finalităţilor planurilor individualizate de protecţie

Aşa cum am menţionat deja, există numeroase ambiguităţi în ceea ce priveşte modul cum sunt definite finalităţile PIP. Unele situaţii sunt considerate de profesionişti, în acelaşi timp, atât finalităţi, cât şi forme de protecţie (de exemplu, plasamentul în asistenţă maternală) sau acţiuni caracteristice PIS (de exemplu, reabilitarea copilului cu dizabilităţi, intervenţia de urgenţă în caz de abuz etc.). Diversele definiţii ale acestor finalităţi conduc la o practică ce nu asigură urmărirea reintegrării familiale, adopţiei sau integrării socioprofesionale într-un demers coerent şi unitar. Mai mult decât atât, integrarea socioprofesională nu este văzută în mod explicit drept una dintre posibilele finalităţi ale PIP:

> [Una dintre finalitățile PIP] este integrarea familială sau, acolo unde aceasta nu e posibilă sub nicio formă, se deschide procedura de adopție internă. (FG3, responsabili de caz pentru reintegrare, 12 octombrie 2006)

> Mergem la normele de aplicare pentru deschiderea procedurii de adopție, unde scrie foarte clar: dacă nu s-a reușit integrarea sau reintegrarea copilului în familie sau plasamentul în familia extinsă. Atunci eu, dacă îl am în familie la bunici, cum să mai am ca finalitate adopția? Sunt la a doua fază de la deschiderea procedurii. Nu mai pot să scriu adopție internă, că îl am... (FG5, manageri și responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

Asigurarea cu personal de specialitate și pregătirea continuă a personalului

Pregătirea personalului este hotărâtoare pentru oferirea unor *servicii de calitate* și pentru gestionarea intervenției conduse de obiective, în condițiile în care se urmărește aplicarea unui management de caz eficient. Una dintre problemele identificate de noi în cercetare este lipsa personalului de specialitate la nivelul primăriilor, mai ales a celor din mediul rural, și lipsa pregătirii continue a referenților care lucrează în serviciile sociale de la nivelul comunităților. Mai mult, volumul și diversitatea cazuisticii la acest nivel influențează negativ calitatea serviciilor destinate reintegrării familiale a copiilor:

> Colaborarea cu SPAS este dificilă... într-adevăr, sunt sufocați... nu se face diferența că-i copil, că-i adult... la Cugir nu există niciun asistent social angajat, toți sunt referenți. Închipuiți-vă ce iese de acolo... (FG3, responsabili de caz pentru reintegrare, 12 octombrie 2006)

Diversitatea activităților pe care le desfășoară asistenții sociali de la nivelul SPAS diminuează șansele unor acțiuni coerente, profesionite și eficiente în ceea ce privește reintegrarea familială a copiilor sau prevenirea abandonului.

> [Referenții din primărie] nu sunt formați profesional. Sunt copleșiți și de alte atribuții... dialoghez cu ei și îmi spun „doamnă, lucrez la gaz, lucrez la situația cu căldura, că nu mai știu pe ce să pun mâna". Când aveau programe culturale, nu știu ce festival din zonă, erau implicați în asta... prea multe fac! La nivelul direcției a existat un fel de curs la care au fost invitați reprezentanții primăriei care se ocupă de probleme sociale... dar nu au venit toți. Cei care au venit sunt interesați, aplică ceea ce au văzut la curs... alții sunt indiferenți, nepăsători, și asta se vede în calitatea actelor. Ne vin planuri de servicii cu numele copilului și ștampila primarului. Atât... (FG4, manageri și responsabili de caz, DGASPC, 12 octombrie 2006)

Uneori, chiar angajații SPAS încurajează instituționalizarea sau părăsirea copiilor, considerând că este soluția cea mai simplă, atât pentru comunitatea locală, cât și pentru familie:

> Primăria îi spune: „Mă, tu ce te chinui atâta cu cinci copii? Du-te la Protecția Copilului și ți-l bagă în casa de copii"... (FG3, responsabili de caz pentru reintegrare, 12 octombrie 2006)

Atitudinea negativă a persoanelor din primării față de unele familii dezavantajate blochează comunicarea și diminuează șansele de rezolvare sau de depășire a situațiilor de criză în care se află acestea.

> [Primăriile] nu au oameni de specialitate și este dificil să obții sprijin... există primării care încă păstrează mentalitatea „ce mă interesează pe mine că ăla bea toată ziua"... Startul lor [al referenților din primării – *n.n.*] e greșit... În general, văd familia naturală a copilului incapabilă să progreseze, incapabilă să acumuleze anumite informații... (FG4, manageri și responsabili de caz, DGASPC, 12 octombrie 2006)

Dincolo de problema asigurării primăriilor cu personal de specialitate, restricțiile de ordin financiar fac în așa fel încât volumul de activitate și cazuistica existentă să nu poată fi asigurate de numărul redus de angajați.

> Și pentru referenții sociali, chiar dacă sunt cât de cât bine pregătiți – mulți au experiență –, e foarte greu. Iar dacă primarul nu îi lasă să-și facă meseria acolo, e foarte greu și pentru ei să se împartă. Fac și dosare sociale, fac și ieșiri în teren pentru nu știu ce sarcini mai primesc ei de la primar. Primăriile au și ele dreptate: „Dom'le nu putem angaja trei oameni. Nu au nici ei bani, dar aici s-ar rezolva problema dacă în comunele mai mari ar fi doi, trei referenți sociali". (I6, șef serviciu AMP, 9 octombrie 2006)

Venitul minim garantat, dincolo de toate efectele negative pe care le generează, îngreunează și mai mult activitatea lucrătorului social comunitar, adesea singurul:

> E o problemă și la ei [referenții sociali din primării – *n.n.*]. Se ocupă de venitul minim garantat, de ce nu s-or mai ocupa... Cred că, în primul rând, numărul de angajați ar fi trebuit să fie clar în structură. (FG5, manageri și responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

Mai mult, nici la nivelul primăriei nu sunt bine înțelese atribuțiile referenților sociali, ei fiind folosiți pentru toate activitățile, inclusiv pentru cele care nu sunt specifice asistenței sociale.

> Și la primărie dacă te duci, ei [salariații din primărie – *n.n.*] niciodată nu știu cine e responsabilul pe asistență socială. Iei femeia de serviciu ca să

> cauţi familia. Dacă acolo [în primărie – *n.n.*] ar merge totul bine, nu ar mai ajunge la noi atâtea cazuri, s-ar rezolva la nivel local, cu indicaţii la telefon sau când ne prind acolo... [Referenţii din primărie] nu pun nimic pe hârtie, fac planul de servicii, dar nu au nicio propunere, nicio finalitate... (FG5, manageri şi responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

Este evident faptul că personalul propriu din structura DGASPC trebuie să beneficieze de formare continuă, mai ales din cauza dinamicii permanente din sistemul de protecţie a copilului:

> [Procedurile după care trebuie să lucrăm] le învăţăm văzând şi făcând... Noi am cerut serviciului Programe ca, în momentul în care se vine cu oferte de formare din partea ONG, să fim şi noi implicaţi. Nu ne permitem [să plătim], că am vrea să participăm la programe de formare... (FG3, responsabili de caz pentru reintegrare, 12 octombrie 2006)

Numărul de cazuri instrumentate de un profesionist

Pentru obţinerea unor rezultate semnificative în programele de reintegrare a copilului în familia biologică, dar nu numai, un factor important care influenţează calitatea serviciilor este cel al numărului de cazuri alocate unui profesionist. Mai puţine cazuri favorizează cunoaşterea lor detaliată şi oferă posibilitatea organizării eficiente a timpului necesar pentru intervenţie.

> Nu avem chiar un număr foarte mare de copii la asistenţă maternală, unde lucrez eu... dar celor 25-30 de copii de care mă ocup le cunosc familiile aproape ca pe a mea... (FG3, responsabili de caz pentru reintegrare, 12 octombrie 2006)

Stimularea financiară a personalului

Deseori, în cadrul focus-grupurilor cu personalul din cadrul DGASPC s-a invocat lipsa motivaţiei acestuia, provocată de salariile mici din sistemul de asistenţă socială. Acestea reprezintă un factor major de frustrare, acompaniat de un sistem greoi de decontare a cheltuielilor legate de transportul angajaţilor la domiciliul clienţilor. Nivelul scăzut al salariilor este pus de către asistenţii sociali în balanţă cu riscurile la care sunt expuşi atunci când merg pe teren sau când beneficiarii serviciilor sociale le tulbură viaţa privată.

> De exemplu, la nivelul Cugirului, ţinând cont de nivelul economic al zonei, salariul meu era la limita de supravieţuire. Când am fost informată că după 4 ani de vechime iau 5 milioane în mână, în situaţia în care am să fiu funcţionar şi nu am voie să fac nimic altceva, m-am interesat la

magazinul de la mine de la bloc, la o simplă vânzătoare, care lucrează 8 ore, câţi bani câştigă: 5,5 milioane plus bonuri de masă. Şi atunci mă întreb: are vreun rost să mai stau aici [la DGASPC – *n.n.*]? În cazul în care crapă nu ştiu ce, mă cheamă; în cazul în care păţeşte ceva cutare copil, trebuie să fiu tot timpul la dispoziţie, sună telefoanele, şi după-amiaza, şi noaptea, nu contează. Deplasarea o fac pe banii mei şi după aceea se decontează. Şi se adună, nu-i foarte scump, dar se adună. Şi atunci mă întreb: pentru ce? Că eu mă duc acasă nervoasă şi stresată şi poate mai şi urlă clienţii după mine pe drum sau vin în faţa blocului, cum a păţit colegul meu, şi au făcut un circ de s-a adunat toată presa acolo. Când merg în cartierul în care majoritatea îmi sunt clienţi, nu am curajul să mă duc singură. (FG3, responsabili de caz pentru reintegrare, 12 octombrie 2006)

Nivelul scăzut al motivaţiei financiare conduce la fluctuaţia personalului din sistemul de protecţie a copilului, DGASPC fiind considerat şi un punct de plecare către alte servicii sociale:

Cel care câştigă un dram de experienţă pleacă... (FG3, responsabili de caz pentru reintegrare, 12 octombrie 2006)

Această fluctuaţie de personal este încurajată, uneori, şi de managementul DGASPC, chiar prin faptul că plecarea cuiva este definită de către directori drept un succes profesional:

Conducerea a recunoscut că este o bulină roşie pentru cel care reuşeşte să se desprindă şi să plece, pentru că nu ai cum să supravieţuieşti cu salariul acesta... nu are cum să te motiveze... (FG3, responsabili de caz pentru reintegrare, 12 octombrie 2006)

BCU IASI CENTRU UNIVERSITAR

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 5

Adopţia naţională

Evoluţia adopţiei naţionale în România

Din datele statistice existente la nivel naţional, se observă că, în ultimii doi ani, a scăzut numărul adopţiilor naţionale: în anul 2005 s-a înregistrat o scădere a numărului de adopţii definitive cu 21,22% faţă de anul 2004, iar în anul 2006, această scădere s-a accentuat până la 57,90%, raportat tot la anul 2004 (vezi figura 4). Trebuie remarcat însă că schimbarea legislaţiei şi, implicit, a procedurilor legate de adopţie începând cu 1 ianuarie 2005 a avut un efect negativ asupra adopţiei, în condiţiile în care numărul copiilor din sistemul de protecţie s-a menţinut ridicat, ba chiar a crescut în asistenţă maternală. Un alt factor care a influenţat evoluţia acestui serviciu social adresat copiilor aflaţi în dificultate a fost colaborarea dintre sistemul de protecţie şi cel juridic.

Cei mai mulţi dintre specialiştii care au fost intervievaţi sau au participat la focus-grupuri au identificat rigiditatea legislaţiei şi complexitatea procedurii de iniţiere a adopţiei drept principalele dificultăţi întâmpinate. A doua se referă la eforturile de identificare a membrilor familiei, până la gradul IV inclusiv:

> A apărut noua legislaţie care, după părerea mea, este destul de rigidă în ceea ce priveşte copilul. Vreau să vă spun un singur lucru: ai un copil pe care părinţii nu-l vor, bunicii nu-l vor, dar tu trebuie să-i cauţi toate rudele până la gradul IV să-ţi spună că nu îl vor. [Copiii – *n.n.*] au, de obicei, nişte familii atât de entropice, încât durează şi trei-patru luni până le găseşti. Mai sunt şi procedurile greoaie de deschidere a procesului de adopţie. Părerea mea este că totul este extrem de greoi. În fond şi la urma

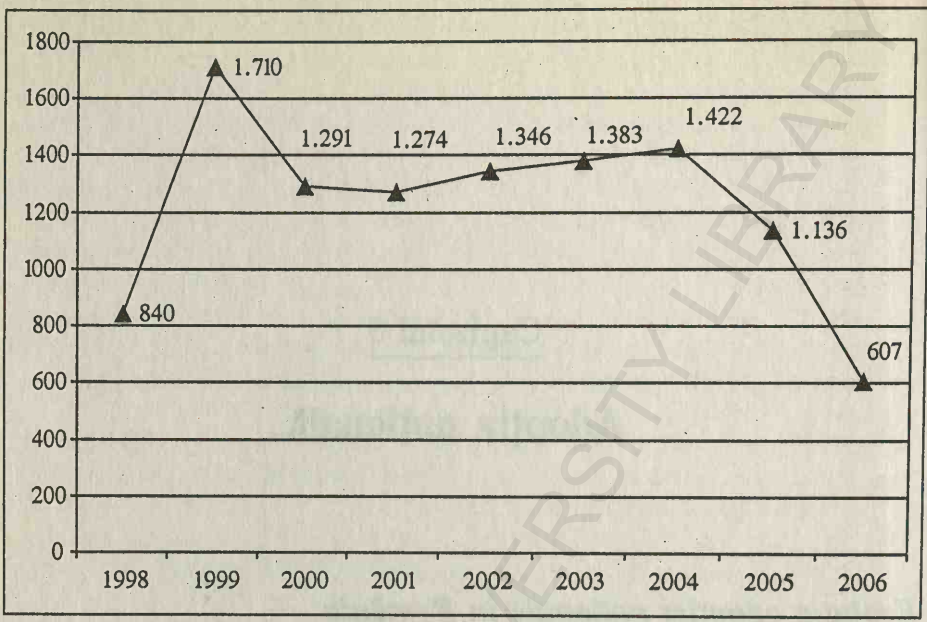


Figura 4. *Evoluţia numărului de adopţii naţionale definitive în perioada 1998-2006*

> urmei, familia aceea, în momentul în care ai chemat-o, ai văzut că nu vrea sau ai constatat, de exemplu, că are patru [copii] în centrele de plasament şi cu al cincilea copil face ce a făcut cu toţi ceilalţi patru. Toată procedura ar trebui să dureze mai puţin. Dar să ştiţi că nu instanţele sunt cele care îngreunează procesul... La noi, dimpotrivă, avem o relaţie foarte bună cu instanţele, înţeleg şi lucrează destul de repede. Dar procedura în sine este destul de greoaie. (I4, director executiv DGASPC, 6 octombrie 2006)

Procedura de identificare a rudelor copiilor consumă foarte mult timp şi presupune activităţi complexe de lucru în reţea, iar deseori este imposibil să găseşti informaţiile necesare pentru întocmirea dosarului. Integrarea României în Comunitatea Europeană accentuează şi mai mult aceste dificultăţi, deoarece libera circulaţie a persoanelor face anevoioasă operarea unei evidenţe clare a persoanelor care sunt plecate în străinătate.

> Ne ia foarte mult timp să identificăm rudele, inclusiv până la cele de gradul IV... Din informaţiile pe care le primim, în primul rând, de la mamă/tată, din informaţiile de la poliţie, de la primăria din localitate, de la rude, şi tot aşa... e o muncă titanică, într-adevăr... nu ştiu în ce măsură chiar îi găsim pe toţi... de la Poliţia de Frontieră... (I3, director executiv DGASPC, 5 octombrie 2006)

Argumentele legate de dificultatea clarificării situaţiei juridice sunt puse în evidenţă prin raportarea la vechea legislaţie. Unele soluţii prevăzute de lege

sunt căutate tocmai pentru urgentarea clarificării situaţiei copilului, a deschiderii procedurii de adopţie, pornind de la experienţelor unor DGASPC:

> Ştiţi care este cu adevărat problema? Că nu găsim părinţii. Pe vechea legislaţie, cu declararea abandonului, era mult mai uşor: nu găseai părinţii, făceai dovada că poliţia i-a căutat, nu i-a găsit, primăria i-a căutat şi nu i-a găsit, noi, după anchetele sociale, i-am căutat, nu i-am găsit, îi citau instanţa, nu veneau, se declara abandonul, făceam adopţia. Acum, prevederea legală este că – indiferent dacă este copilul declarat abandonat – părintele decăzut din drepturi îşi păstrează dreptul de a se pronunţa în instanţă cu privire la consimţământul în vederea deschiderii procedurii de adopţie. Şi atunci, instanţa nu poate să deschidă procedura de adopţie, să se pronunţe, până când nu audiază părinţii. Iar aici este greul. Dar acum am văzut şi noi la alte judeţe şi mi-au spus şi de la ORA că, dacă facem dovada că nu este plecată din ţară acea persoană şi există o evidenţă la Vamă, cu citare în presă, putem să obţinem de la instanţă deschiderea procedurii de adopţie. Există o portiţă pe care o vom folosi şi noi. (I5, director executiv adjunct DGASPC, 13 octombrie 2006)

Dacă ţinem cont de datele furnizate de DGASPC, se observă că această tendinţă de scădere a numărului de adopţii naţionale continuă şi în anul 2007; datele statistice arată un număr relativ redus de plasamente în familiile adoptive: de exemplu, în anul 2005 au fost încredinţaţi în vederea adopţiei 152 de copii. Totodată, unele adopţii finalizate în anul 2005 sunt rezultatul plasamentelor realizate în 2004, iar cele din 2006 sunt finalizări ale procesului de adopţie declanşat în anii anteriori. Numărul de hotărâri definitive reprezintă un rezultat al activităţii din anii precedenţi.

Copii adoptaţi din sistemul de protecţie

Datele puse la dispoziţie de către DGASPC arată că, în anul 2005, din sistemul de asistenţă maternală, centre de plasament şi unităţi de tip familial au fost plasaţi în familii adoptive 211 copii (vezi tabelul 28), cei mai mulţi provenind din sistemul de asistenţă maternală (91% din numărul total de copii care au părăsit sistemul de protecţie, vezi figura 5):

Tabelul 28. *Numărul copiilor adoptaţi din forme de protecţie temporară în anul 2005*

Locul de unde au fost adoptaţi	Numărul copiilor adoptaţi
Din asistenţă maternală	191
Din centre de plasament	15
Din unităţi de tip familial	5
Total	**211**

Această distribuţie se explică prin faptul că, în general, familiile din România preferă să adopte copii de vârstă mică (până la 3 ani), iar aceşti copii, pentru care se ia o măsură de protecţie, nu mai ajung în sistemul rezidenţial.

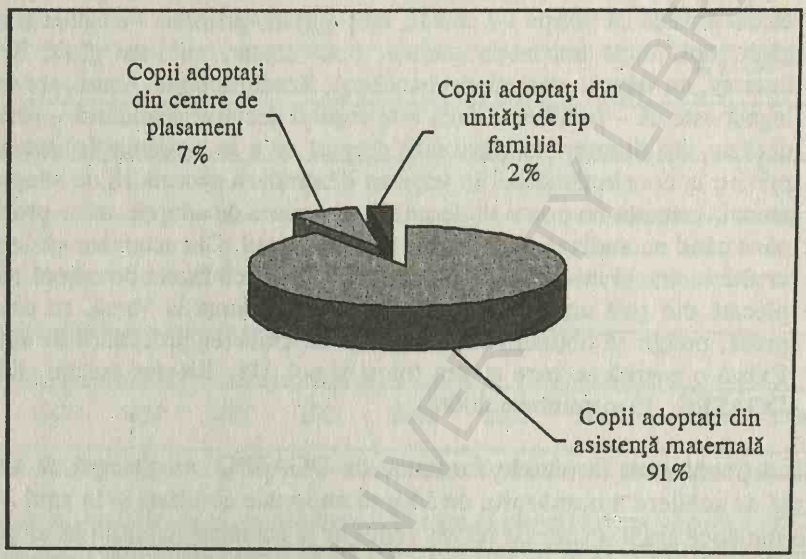


Figura 5. *Adopţia copiilor din forme de protecţie temporară în anul 2005*

O soluţie pentru creşterea numărului de copii adoptaţi (a căror reintegrare familială nu este posibilă) identificată în cadrul culegerii datelor calitative din judeţele-pilot a fost cea legată de pregătirea familiilor pentru a adopta un copil de vârstă mai mare. Această recomandare venită din partea personalului DGASPC este justificată şi de perioada de timp necesară clarificării situaţiei juridice a copiilor din sistemul de protecţie:

> Noi le spunem tuturor familiilor să se gândească să adopte copii de vârstă mai mare pentru că durează până vor adopta şi încercăm să le potrivim să dureze cât mai puţin [procedeul de identificare a unei familii pentru copiii cărora li s-a deschis procedura de adopţie – *n.n.*]. Poate de aceea merge şi mai repede, pentru că noi comunicăm cu celelalte servicii şi ştim la care [copii pentru care s-a deschis procedura de adopţie] trebuie să se definitiveze o hotărâre, deja eu le programez, să nu stăm foarte mult, să nu pierdem foarte mult timp. Şi am zis să profităm, să-i arătăm pe copii tuturor familiilor din listă şi, dacă nu găsim familii adoptive, cerem la ORA lista [cu familiile atestate care aşteaptă să primească un copil – *n.n.*], vedem iar în listă cu cine-i potrivim din alte judeţe. (FG5, manageri şi responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

Adopţia din sistemul de îngrijire de tip rezidenţial

Adoptarea copiilor din centrele de plasament sau din unităţile de tip familial pare să nu aibă succes. Astfel, la nivel naţional, pe parcursul anului 2005, doar 15 copii din centrele de plasament şi 5 din unităţile de tip familial au avut şansa să intre într-o familie adoptivă. Trebuie să remarcăm faptul că 11 copii au plecat din instituţii numai în sectorul 4 al municipiului Bucureşti, iar în restul DGASPC se pare că adopţia din centrele de plasament nu mai este posibilă (excepţie făcând DGASPC Bistriţa-Năsăud, Călăraşi şi Teleorman, care, la 1 ianuarie 2005, nu mai aveau copii în centre de plasament).

Tabelul 29. *Repartiţia pe judeţe a numărului de copii adoptaţi din sistemul de protecţie*

	Copii plasaţi în familii adoptive din sistemul de protecţie			
	Din centre de plasament		Din unităţi de tip familial	
DGASPC	Total	Cu dizabilităţi	Total	Cu dizabilităţi
Alba	0	0	0	0
Arad	0	0	0	0
Argeş	0	0	0	0
Bacău	0	0	0	0
Bihor	0	0	0	0
Bistriţa-Năsăud	–	–	0	0
Botoşani	0	0	0	0
Brăila	0	0	0	0
Bucureşti – Sectorul 1	0	0	0	0
Bucureşti – Sectorul 2	0	0	0	0
Bucureşti – Sectorul 3	0	0	0	0
Bucureşti – Sectorul 4	11	0	0	0
Bucureşti – Sectorul 5	0	0	0	0
Bucureşti – Sectorul 6	0	0	0	0
Buzău	0	0	2	0
Caraş-Severin	–	–	0	0
Călăraşi	0	0	0	0
Cluj	0	0	0	0
Constanţa	0	0	0	0
Covasna	1	0	0	0
Dâmboviţa	0	0	0	0
Dolj	0	0	1	0
Galaţi	0	0	0	0

Giurgiu	0	0	0	0
Gorj	0	0	0	0
Harghita	0	0	0	0
Hunedoara	0	0	0	0
Ialomiţa	0	0	0	0
Iaşi	0	0	0	0
Ilfov	1	1	0	0
Maramureş	0	0	0	0
Mehedinţi	0	0	0	0
Mureş	0	0	0	0
Neamţ	0	0	0	0
Olt	0	0	0	0
Prahova	0	0	0	0
Sălaj	2	0	0	0
Satu Mare	0	0	0	0
Sibiu	0	0	0	0
Suceava	0	0	0	0
Teleorman	–	–	2	0
Timiş	0	0	0	0
Tulcea	0	0	0	0
Vaslui	0	0	0	0
Vâlcea	0	0	0	0
Vrancea	0	0	0	0
Total	**15**	**1**	**5**	**0**

Adopţia din asistenţă maternală

Creşterea continuă a numărului copiilor aflaţi în îngrijire la asistenţi maternali este acompaniată şi de un număr mic de adopţii ale copiilor din această formă de protecţie. Tabelul următor prezintă numărul de copii adoptaţi în anul 2005 din sistemul de asistenţă maternală (191 de copii la nivel naţional); se poate observa faptul că există 13 DGASPC în care, pe parcursul lui 2005, din asistenţă maternală nu a plecat niciun copil în adopţie (Arad, Bistriţa-Năsăud, Brăila, Bucureşti – Sectorul 1, Bucureşti – Sectorul 6, Caraş-Severin, Gorj, Hunedoara, Maramureş, Mehedinţi, Neamţ, Sibiu şi Tulcea).

Corelând datele de mai sus cu cele legate de reintegrarea familială şi cu creşterea continuă a numărului de plasamente în această formă de protecţie, putem considera că există o anumită tendinţă de descurajare a adopţiei copiilor îngrijiţi în familii de asistenţă maternală. La nivelul autorităţii centrale, fiindcă

Tabelul 30. *Repartiţia pe judeţe a numărului de copii adoptaţi din asistenţă maternală*

	Copii plasaţi în familii adoptive din asistenţă maternală	
DGASPC	Total	Cu dizabilităţi
Alba	1	0
Arad	0	0
Argeş	2	0
Bacău	6	0
Bihor	1	0
Bistriţa-Năsăud	0	0
Botoşani	4	0
Brăila	0	0
Bucureşti – Sectorul 1	0	0
Bucureşti – Sectorul 2	19	0
Bucureşti – Sectorul 3	4	0
Bucureşti – Sectorul 4	7	0
Bucureşti – Sectorul 5	1	0
Bucureşti – Sectorul 6	0	0
Buzău	7	0
Caraş-Severin	0	0
Călăraşi	1	0
Cluj	3	0
Constanţa	7	0
Covasna	3	0
Dâmboviţa	9	0
Dolj	23	0
Galaţi	4	0
Giurgiu	6	0
Gorj	0	0
Harghita	2	0
Hunedoara	0	0
Ialomiţa	1	0
Iaşi	4	0
Ilfov	3	0
Maramureş	0	0
Mehedinţi	0	0
Mureş	3	0
Neamţ	0	0

BABEŞ-BOLYAI UNIVERSITY LIBRARY

Olt	7	0
Prahova	15	1
Satu Mare	1	0
Sălaj	6	0
Sibiu	0	0
Suceava	6	1
Teleorman	11	0
Timiş	1	0
Tulcea	0	0
Vaslui	16	0
Vâlcea	2	0
Vrancea	5	0
Total	**191**	**2**

nu se urmăreşte în mod clar evaluarea detaliată a situaţiei copilului pentru a se reuşi reintegrarea familială sau adopţia acestuia, se crede că sistemul de asistenţă maternală a intrat într-un proces de „blocare" mai accentuat decât cel de protecţie de tip rezidenţial.

> Eu am mai spus când m-am întâlnit cu DGASPC faptul că asistenţa maternală este blocată la ora aceasta. Le-am spus că un bun manager la nivelul judeţului ar trasa chiar ca sarcină clară evaluarea situaţiei copilului din asistenţă maternală... Eu nu cred că soluţia este să ţinem copilul blocat în asistenţă maternală... Pentru că acolo este blocajul cel mai mare, nu în [sistemul] rezidenţial. (I1, preşedinte ANPDC, 1 august 2006)

Această inerţie a sistemului de asistenţă maternală se datorează, probabil, şi imaginii generale care i-a animat dezvoltarea, şi anume aceea că asistenţa maternală reprezintă o soluţie mai bună pentru copilul aflat în dificultate decât instituţia. Din punctul nostru de vedere, această interpretare a îngrijirii în asistenţă maternală trebuie redefinită, ţinând cont de modificările generale existente în sistemul de protecţie a copilului. Putem astfel să remarcăm o anumită relaxare a practicii în ceea ce priveşte reevaluarea situaţiei minorilor aflaţi în asistenţă maternală şi a familiilor acestora, pentru a urmări într-adevăr finalităţile PIP, inerţie care duce la transformarea asistenţei maternale într-o soluţie permanentă şi care a fost identificată şi la nivel central:

> [Managerii de caz] nu-şi bat capul cu deschiderea dosarului de adopţie. Copilul rămâne oricum la asistenţii maternali până la 18 ani, după 18 ani întâmplă-se orice s-o întâmpla [...] şi asta se petrece sub oblăduirea atentă a DGASPC... (I1, preşedinte ANPDC, 1 august 2006)

Plasamentele simple în familia adoptivă

Specialiştii din serviciul de adopţie lucrează pentru recrutarea, evaluarea, pregătirea şi atestarea familiilor adoptive, luând în atenţie doar cazurile copiilor aflaţi în sistemul de protecţie pentru care s-a deschis procedura de adopţie. În situaţia în care colegii din celelalte servicii (asistenţă maternală, protecţie rezidenţială şi juridic) nu fac demersuri pentru clarificarea situaţiei copilului şi nu deschid procedura de adopţie, specialiştii din serviciul de adopţie nu au cazuri pentru care să lucreze.

> Angajaţii din [serviciul de] adopţie nu au foarte multe date despre copiii pentru care s-a deschis procedura adopţiei. Ei au portofoliul de familii care doresc să adopte şi care sunt atestate, dar nu cunosc decât un anumit număr foarte restrâns de copii adoptabili. Nu ştiu ce procese sunt pe rol. Foarte adesea, cei de la [serviciul] juridic şi de la familial [serviciul de protecţie familială – *n.n.*] se ocupă de lucrul acesta. Or, şi aici este o problemă. (I2, preşedinte ORA, 1 august 2006)

Dacă se corelează datele legate numărul de adopţii realizate în 2006, ca atingere a finalităţii pentru copiii adoptabili din asistenţă maternală şi din sistemul rezidenţial (adică a copiilor care au fost adoptaţi după ce au beneficiat de un serviciu de protecţie), se descoperă că acesta este scăzut în comparaţie cu numărul copiiilor încredinţaţi în vederea adopţiei. Ceea ce înseamnă că aproximativ 60% dintre adopţiile naţionale realizate în cursul anului 2006 nu au provenit nici din sistemul rezidenţial, nici din asistenţă maternală. O explicaţie posibilă poate fi aceea că în România s-a dezvoltat o practică prin care se plasează copiii direct la familiile adoptive, fără să se mai parcurgă procedura de încredinţare în vederea adopţiei. Din punctul nostru de vedere, acesta este un indicator al ineficienţei managementului de caz şi al lipsei unui PIP elaborat de MC, care să fie urmărit de serviciul de adopţie. Eludarea serviciilor de protecţie şi încredinţarea copiilor sub forma plasamentelor simple la familii adoptive fac imposibilă practica managementului de caz în aceste situaţii particulare. Plasamentele simple sunt considerate o soluţie pentru copil, dar creează multe disfuncţii în ceea ce priveşte imaginea şi rolurile adopţiei:

> Plasament direct la familia care vrea să adopte; noi [ORA – *n.n.*] am constatat că a crescut numărul plasamentelor directe. De asta, eu am ieşit în presă şi am spus că nu trebuie să se facă în felul acesta [adopţia], pentru că potrivirea asta [se referă la procesul de potrivire teoretică dintre copil şi familia adoptivă, conform standardelor din domeniul adopţiei – *n.n.*] nu se face cum trebuie. Asta se întâmplă mai ales la copiii mici. Noi [ORA – *n.n.*] am calculat o medie, media perioadei de timp din momentul în care copilul e declarat adoptabil până când se încheie adopţia, care este de 159 de zile, cam cinci luni. Asta înseamnă puţin timp până emite hotărârea

definitivă şi irevocabilă. Încredinţarea în vederea adopţiei [ca etapă în procedeul de adopţie a copilului care a beneficiat de o formă de protecţie anterior venirii lui în familia adoptivă – *n.n.*] este sărită, pentru că a existat plasamentul de dinainte [adică plasamentul simplu la familia adoptivă, care se ia în considerare în calculul perioadei de şedere a copilului în familia adoptivă – *n.n.*]. (I2, preşedinte ORA, 1 august 2006)

Este adevărat că în literatura de specialitate sunt descrise teme sensibile legate de *plasamentele directe în familiile adoptive*, cum ar fi: dezvoltarea ataşamentului familiei faţă de copil, care poate pune probleme în momentul în care părinţii biologici doresc să-şi ia copilul înapoi, tendinţa asistentului social de a lucra numai în interesul familiei adoptive, stresul familiei de plasament de a nu pierde copilul dacă părinţii biologici doresc să-l ia în familie etc.

Am întâlnit situaţii când şi înainte de 60 de zile [consimţământul de adopţie al părinţilor biologici ai copilului sau, după caz, al tutorelui poate fi dat numai după trecerea unui termen de 60 de zile de la data naşterii copilului înscrisă în certificatul de naştere, conform Legii nr. 273/2004 – *n.n.*], copilul a fost dat în plasament la o familie care era atestată [ca familie adoptivă – *n.n.*] şi urma să-l adopte... Asta înseamnă că, în mod clar, s-a eludat legea cu cele 60 de zile, adică e clar o intenţie... Situaţia trebuie să intre în normalitate, iar cei care lucrează ar trebui să înţeleagă faptul că este în interesul familiei [adoptive – *n.n.*] şi să le explice de ce nu este bine aşa... (I2, preşedinte ORA, 1 august 2006)

Mai mult decât atât, practica plasamentelor simple la familia adoptivă reprezintă în mod clar un conflict de interese în ceea ce priveşte practica profesionistă. Lucrând în interesul familiei adoptive, asistentul social nu mai este interesat să continue consilierea părinţilor, nu mai lucrează pentru restabilirea legăturilor dintre copil şi părinţii naturali.

Cei care lucrează în sistem trebuie să se opună cu toată tăria şi să nu fie complici la aceste plasamente în regim de urgenţă la familiile care urmează să adopte. Este un conflict de interese ; familia care are copilul în plasament şi vrea să-l adopte nu va lăsa niciodată familia biologică a acestuia să intre în contact cu copilul, şi atunci reintegrarea e de formă. (I2, preşedinte ORA, 1 august 2006)

O explicaţie a dezvoltării acestei practici se poate găsi în procesul greoi al adopţiei, în creşterea numărului de cereri din partea familiilor care doresc să adopte şi în existenţa unor liste lungi de aşteptare, în condiţiile în care copiii nu au situaţia juridică clarificată, nefiind adoptabili. Ca atare, familiile adoptive caută cele mai simple soluţii, unele la limita sistemului de protecţie a copilului.

> [Familiile adoptive – *n.n.*] se gândesc că, decât să stea pe o listă de aşteptare la DGASPC, prin relaţiile sau informaţiile pe care le au, pot lua mai repede copilul, poate primesc mai multe informaţii privind starea lui de sănătate, eu ştiu ce fel de familie... e şi concepţia românului că, dacă face o şmecherie acolo, va rezolva. Şi vede copilul acolo [se referă la maternitate sau la secţia de pediatrie – *n.n.*]. (FG5, manageri şi responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

Sistemul care facilitează această practică a plasamentelor simple la familiile adoptive este cel medical. Uneori sunt urmăriţi copiii abandonaţi în maternităţi chiar şi de către familiile neatestate pentru adopţie.

> În faza de discuţie cu o familie de la ţară [care s-a interesat de adopţie – *n.n.*], a venit, era prima întâlnire cu noi, noi [asistenţi sociali din serviciul de adopţie al DGASPC – *n.n.*] i-am dat informaţii despre adopţie. Ulterior am aflat că deja urmărea un copil prin spital. Dar [soţii] nu erau atestaţi. (FG5, manageri şi responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

În cazul în care familia adoptivă găseşte un copil abandonat, de obicei în maternitate, intervenţia asistentului social reprezintă doar o formalitate pentru a pune în legalitate situaţia respectivă. Un asemenea context nu mai face apel la practica managementului de caz, ci, dimpotrivă, la etica profesională a asistentului social.

> Într-o singură situaţie am fost de acord să se facă lucrul acesta [plasamentul simplu la familia adoptivă – *n.n.*] şi am dat un aviz prin comisie. De fapt, nu am făcut noi plasamentul, ci am dat doar aviz pentru familia care a luat copilul într-o împrejurare pe care noi am înţeles-o că nu a fost aranjament bănesc, ci era din alt judeţ. Era o rudă [a mamei care a născut – *n.n.*] internată în aceeaşi perioadă în spital şi care a luat acel copil. Şi atunci, noi am fost de acord să se facă plasamentul, căci copilul deja era acolo. Am consfinţit un fapt împlinit. (I5, director executiv adjunct DGASPC, 13 octombrie 2006)

Această practică a plasamentelor simple şi a identificării copiilor în unităţile spitaliceşti s-a întâlnit şi în condiţiile funcţionării vechii legi. Uneori, familia adoptivă susţinea temporar mama biologică şi copilul (cu bani, alimente, chirie, obiecte pentru copil etc.) până la termenul la care mama îşi dădea consimţământul la notariat pentru adopţie.

> Am adoptat doi băieţi. Am cunoscut o fată cu 3 luni înainte ca ea să nască. Mi-a zis o colegă că ar vrea să îi lase în spital [pe cei doi copii – *n.n.*]. Nu am ştiut, nici ea nu a ştiut că are gemeni. Au fost în aceeaşi placentă. Colega mea, ştiind că fac tratament, de 17 ani făceam tratament, mi-a povestit despre ea. Mama nu era minoră, am dus-o la spital, i-am făcut analizele, nu mi-a zis doctorul că are gemeni. Când am adus-o la spital, era

gata de naştere, noi am plătit naşterea, noi am asistat când s-au născut copiii, a stat trei săptămâni în spital, până au luat în greutate, fiindcă erau mici. A fost obligată să-i ţină 72 de zile, părinţii nu o primeau acasă [...], i-am plătit o gazdă. Nu i-a alăptat pe copii, i-am ţinut până la şase luni cu lapte praf, iar după 72 de zile i-am luat acasă... şi-a dat consimţământul să îi adopt. Am mers împreună la notariat. (FG6, familii adoptive, 13 octombrie 2006)

Soluţii pentru descurajarea plasamentelor în regim de urgenţă la familii adoptive

Chiar dacă, la prima vedere, s-ar părea că procedeul plasamentelor simple la familiile adoptive încurajează adopţia, rezultatele din teren arată exact contrariul, pentru că aceasta creează astfel o imagine negativă despre adopţie. În opinia specialiştilor care lucrează în cadrul serviciilor de adopţie, existenţa unor proceduri clare în ceea ce priveşte restricţionarea acestor plasamente simple ar conduce la creşterea numărului de adopţii. Cazul judeţului Dolj confirmă această idee, că plasamentele simple sunt considerate a fi împotriva interesului copilului, dar şi un motiv de descurajare a celorlalte familii care doresc să adopte şi care rămân pe listele de aşteptare.

M-am opus categoric la chestia asta, pentru că mie mi se pare că, de fapt, facem o adopţie mascată înainte de a se face conform legii. Aşa cum am citit legea, şi nu numai eu, ci şi ceilalţi colegi - directorul este jurist, secretarul Consiliului Judeţean este jurist, am luat şi noi legea şi am citit-o - ni se pare că sunt două lucruri diferite, două căi pe care trebuie să le urmăm. O dată este calea copilului pentru care trebuie să facem ce spune legea până la obţinerea hotărârii judecătoreşti de deschidere a adopţiei. Cealaltă este calea pe care o urmează oricare familie care doreşte să adopte. Or, dacă fac plasament la o familie pe care eu o aleg, nu mai am toată acea procedură, nu mai urmez toate fazele ale, ci deja urmez un alt plan de intervenţie în cazul copilului. Deja mi se schimbă finalităţile acestui plan. Atunci, familia respectivă, care solicită adopţia, are prioritate în faţa tuturor. Nu este cinstit nici faţă de celelalte familii care solicită adopţie, nici faţă de copilul care poate are altă şansă. (I5, director executiv adjunct DGASPC, 13 octombrie 2006)

Specialiştii consultaţi în cadrul cercetării au oferit câteva soluţii la această situaţie, una dintre ele fiind existenţa unui sistem de asistenţă maternală de urgenţă, flexibil şi dinamic, capabil să primească copii de vârstă mică, inclusiv nou-născuţi părăsiţi în maternităţi.

Ar trebui să aibă toate direcţiile cel puţin patru-cinci asistenţi maternali în serviciul de urgenţă, formaţi special pentru a primi copii în regim de

urgenţă... Să existe în toate direcţiile aceşti asistenţi maternali pregătiţi, plătiţi tot timpul, nu numai când au copilul în plasament. (I2, preşedinte ORA, 1 august 2006)

Noi nu prea facem plasamente simple din maternităţi... probabil pentru că avem o reţea foarte mare de asistenţi maternali, care are capacitatea de a absorbi abandonurile din spital, din maternităţi. Îi luăm şi nu-i dăm la familie, îi dăm la asistenţi maternali. Noi avem peste două sute de asistenţi maternali şi vreo trei sute şi ceva de copii. Majoritatea celor părăsiţi, abandonaţi în spitale sunt plasaţi în asistenţă maternală... peste 95% cred că sunt plasaţi în AMP... (FG5, manageri şi responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

Existenţa unui sistem flexibil de asistenţă maternală pentru cazurile de urgenţă ar presupune profesionalizarea asistenţilor maternali, şi nu creşterea numărului lor, precum şi dezvoltarea unui sistem eficient de urmărire a finalităţilor PIP, pornind de la reevaluarea copiilor aflaţi în îngrijire în familiile de asistenţi maternali.

DGASPC ar trebui să înceapă cu deblocarea sistemului de asistenţă maternală, pentru că nu putem să le spunem să angajeze mai mulţi oameni. (I2, preşedinte ORA, 1 august 2006)

O altă soluţie pentru reducerea plasamentelor simple, identificată la nivelul autorităţilor centrale, poate fi şi restricţionarea posibilităţilor de plasament familial al copiilor separaţi sau părăsiţi de părinţii lor la familii adoptive sau potenţial adoptive şi menţinerea acestei forme de plasament doar pentru rudele acestuia.

Practic, plasamentul aşa cum este şi în alte ţări, nu ştiu dacă în toate, se face la familia extinsă, nu se dă [copilul] unei familii care îşi caută singură un copil. I se dă unei rude apropiate. În rest, dacă nu este o rudă apropiată, [copilul se plasează] în asistenţă maternală, în niciun caz nu se aplică plasamentul simplu unei familii care a găsit copilul în maternitate. (I2, preşedinte ORA, 1 august 2006)

Excepţie de la această soluţie prin care copiii sunt plasaţi direct în familii potenţial adoptive fac asistenţii maternali, care dezvoltă în unele cazuri dorinţa de a adopta copiii.

Sunt mulţi copii adoptaţi de către asistenţi maternali. La AMP se întâmplă să se ataşeze şi să solicite să adopte şi copii cu vârsta mai mare... După ce stau o anumită perioadă împreună, le este mai uşor să se hotărască... (FG5, manageri şi responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

Familia adoptivă vs *familia biologică*

Deseori, când se discută despre adopţia unui copil, sunt invocate *interesul superior al copilului* şi drepturile părinţilor biologici. În unele cazuri, specialiştii subliniază acest interes al copilului izolat de familia sa biologică, fiind de părere că el poate fi atins prin adopţie, punând sub semnul întrebării capacităţile parentale şi responsabilitatea părinţilor biologici.

> Dacă evaluarea familiei [biologice sau extinse – *n.n.*] sau evaluarea juridică a copilului durează ani de zile, normal că, la un moment dat, asistentul maternal devine un fel de familie substitutivă. Or, dacă am o structură bine pregătită care ştie ce trebuie să facă, evaluează situaţia copilului şi ia o decizie, propune o decizie şi totul este în interesul copilului, e mult mai bine. Pe de o parte, se spune, trebuie să am în vedere interesul superior al copilului, dar când e vorba despre adopţie, adopţie naţională, nu am în vedere interesul superior al copilului, ci interesul familiei naturale, care, de multe ori, poate să fie monoparentală, cu foarte mulţi copii. Unde-i este mai bine copilului? Copilul ăsta are vreun viitor lângă mama lui, care are 5-6 copii, dacă nu mai mulţi, şi care poate nici nu sesizează că îi are, de fapt? (I1, preşedinte ANPDC, 1 august 2006)

Pe de altă parte, plasamentul simplu reduce dramatic şansele de exercitare a drepturile părinţilor biologici, pentru că apare un conflict de interese între ei şi familia adoptivă. Pentru asistentul social poate fi o dilemă: care dintre familii trebuie sprijinită, mai ales în condiţiile în care copilul se află în plasament simplu la o familie adoptivă?

> Apar foarte multe disfuncţii. Dacă-l plasezi în familia de adopţie pe copilul care încă nu are clarificată situaţia juridică, aceasta nu va avea niciodată interesul să fie de acord cu reintegrarea în familia biologică, şi atunci copilul rămâne la familia respectivă. (I1, preşedinte ANPDC, 1 august 2006)

În această situaţie, familia biologică sau extinsă nu mai poate beneficia în mod real de servicii de consiliere sau sprijin, pentru că atenţia asistentului social este îndreptată spre locul în care se află copilul, respectiv spre familia de adopţie. Acest conflict de interese este cu atât mai acut cu cât, în practica socială, consilierea familiei biologice cu privire la efectele adopţiei este trecută ca responsabilitate a serviciului de adopţie.

> [În situaţia plasamentelor în familia adoptivă – *n.n.*] tu, ca profesionist, trebuie să ştii că nu poţi să faci consiliere nici cu mama biologică, nici cu familia extinsă, în situaţia când el se află într-o familie care doreşte să-l adopte. Trebuie să faci această diferenţă, deşi legea este permisivă, dacă vrei să-ţi faci treaba... (I2, preşedinte ORA, 1 august 2006)

Concluzia noastră este că, în general, specialiştii din domeniul protecţiei copilului susţin că plasamentele simple în familiile adoptive sau potenţial adoptive nu reprezintă calea morală de intervenţie, deoarece reduc de la început şansele copiilor de a fi reintegraţi în familia naturală. Asta cu toate că există o incidenţă crescută a fenomenului în practică, iar unii specialişti consideră că „interesul superior al copilului" nu este legat întotdeauna de rămânerea acestuia în familia biologică, mai ales dacă vorbim despre familii cu mulţi copii, foarte sărace, din mediul rural.

Adopţia şi managementul de caz

Modul de organizare a serviciului de adopţie în viziunea managementului de caz reprezintă o particularitate specifică. Specialiştii din cadrul serviciului de adopţie nu sunt MC, nu elaborează PIP, ci doar urmăresc realizarea adopţiei, care este o soluţie definitivă a PIP. Cazul DGASPC Dolj, care a fost selectat ca judeţ-pilot în studiu datorită rezultatelor înregistrate în ceea ce priveşte adopţia naţională, nu are MC în acest serviciu. Tabelul următor ne arată ambiguităţile existente cu privire la rolurile MC şi la distribuţia acestora în serviciile de adopţie. La nivel naţional, situaţia managerilor de caz din serviciul de adopţie se prezintă astfel:

Tabelul 31. *Numărul managerilor de caz din serviciul de adopţie*

Numărul managerilor de caz	Numărul DGASPC	%
–	34	73,9
1	4	8,7
2	6	13,0
4	1	2,2
5	1	2,2
Total	**46**	**100,0**

Urmărind datele din tabelul 31, se poate observa faptul că 73,9% dintre direcţii nu au MC în acest serviciu, întrucât practica managementului de caz exclude prezenţa lor din serviciul de adopţie. Această constatare ne arată că, în cadrul acestui serviciu, pot funcţiona numai responsabili cu implementarea PIS, care se ocupă doar de familiile adoptive sau potenţial adoptive. Rezultatele serviciului de adopţie trebuie privite ca rezultate ale celorlalte compartimente din DGASPC, mai ales ale celor care se ocupă de managementul de caz şi, implicit, de elaborarea PIP.

> Munca celor de la adopţii depinde de munca altor profesionişti din DGASPC. Practic, dacă mie nu-mi vin copii cu planuri individualizate de protecţie

> pentru adopţie, eu nu am ce lucra, decât poate să atest familii sau să monitorizez copiii deja adoptaţi. Dar dacă ei [MC – *n.n.*] nu elaborează planuri cu finalitatea adopţie, specialiştii din serviciul de adopţie nu au copii pentru care să lucreze şi pentru care să găsească o familie [adoptivă]. (I2, preşedinte ORA, 1 august 2006)

Aşadar, MC este persoana responsabilă de conectarea tuturor serviciilor care pot acoperi nevoile copiilor din sistemul de protecţie. Astfel, el elaborează PIP şi urmăreşte modul în care se implementează acesta. În situaţia în care reintegrarea nu este posibilă, atunci finalitatea PIP poate deveni adopţia, indiferent de vârsta copilului. Mergând mai departe pe această linie, juriştii, de exemplu, pot fi responsabili de caz pentru deschiderea procedurii de adopţie. Metoda managementului de caz nu a produs încă o practică de planificare, organizare, intervenţie şi evaluare în echipa multidisciplinară, nu a reuşit până acum să creeze filiere de lucru eficiente între diferite servicii oferite de DGASPC.

> Am şi întâlnit, scris negru pe alb, ceea ce ne-a uluit, că 20 de copii din 45 au peste şase ani şi [DGASPC – *n.n.*] nu au mai deschis adopţia pentru că au considerat că nu mai este cazul. Am găsit scris asta şi semnat [de către DGASPC – *n.n.*]. Mi se pare o gravă eroare în interpretarea legii. Aici ar trebui să existe nişte echipe mixte când se vorbeşte despre copilul adoptabil. Managerul de caz al copilului care întocmeşte toată documentaţia ar trebui să fie în legătură cu juristul şi cu cel care lucrează la adopţie şi, în felul acesta, eu ştiu, pentru un copil mai mare poţi să te concentrezi să-i găseşti o familie. Nu prea se întâmplă lucrul ăsta... personalul din serviciul de adopţie stă cu mâinile în sân şi aşteaptă, cei de la juridic nu le furnizează date... (I2, preşedinte ORA, 1 august 2006)

O situaţie critică ni se pare a fi cea din DGASPC care nu au responsabili de caz în cadrul serviciului de adopţie. Ea este generată, probabil, şi de confuziile existente la nivelul aplicării managementului de caz, ca tehnică principală de coordonare şi de intervenţie în asistenţa socială. Urmărind datele prezentate în tabelul 32, se observă că 30,5% dintre DGASPC nu au responsabili de caz pe adopţie.

Datele oferite de către DGASPC demonstrează că distribuţia numărului de cazuri din serviciul de adopţie necesită o reconsiderare a rolului managerilor şi al responsabililor de caz implicaţi în acest serviciu. La 31 mai 2006, la nivel naţional primeau servicii postplasament 127 de copii, aflaţi în familii adoptive, de care se ocupau 21 de manageri de caz şi 51 de responsabili de caz. Aceşti specialişti erau implicaţi şi în alte servicii sociale oferite de către DGASPC (de exemplu, de monitorizarea şi de reevaluarea plasamentelor familiale), dar exista din partea personalului dorinţa de profesionalizare a acestui serviciu social, de construcţie a unei identităţi specifice a celor care se ocupă de copiii pentru care adopţia este considerată o soluţie viabilă.

Tabelul 32. *Numărul responsabililor de caz din serviciul de adopţie*

Numărul responsabililor de caz	Numărul DGASPC	%
-	14	30,4
1	10	21,7
2	8	17,4
3	9	19,6
4	2	4,3
5	1	2,2
6	2	4,3
Total	**46**	**100,0**

Tabelul 33. *Repartiţia managerilor/responsabililor de caz pentru copiii încredinţaţi în vederea adopţiei la 31 mai 2006*

	Numărul maxim într-un DGASPC	Total
Numărul de copii	18	127
Numărul managerilor de caz	5	21
Numărul responsabililor de caz	6	51

Adopţia ca finalitate a planurilor individualizate de protecţie

Alegerea DGASPC Dolj ca judeţ-pilot a oferit informaţii relevante care pot fi rafinate şi aplicate la nivel naţional. Astfel, din datele culese în cadrul interviurilor şi focus-grupurilor, se observă că personalul implicat în adopţie înţelege logica managementului de caz şi utilitatea PIP, iar intervenţia planificată în PIP revine serviciului de adopţie, atunci când finalitatea acestuia este adopţia.

> În cazul în care copilul se află sub o măsură de protecţie, i s-a deschis procedura de adopţie, iar în PIP a fost trecută adopţia, până îi găsim familia, demersurile le face asistentul social care răspunde de copil. Copilul care se află sub o măsură de protecţie – asistenţă maternală, plasament familial sau serviciu de tip rezidenţial – are planul individualizat de protecţie făcut acolo de asistentul său social. Noi în adopţie nu facem astfel de planuri... (FG5, manageri şi responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

Organizarea serviciului de adopţie conform standardelor managementului de caz, distribuirea sarcinilor legate de implementarea PIP şi de urmărirea PIS, clarificarea rolurilor responsabililor de caz pot conduce la îmbunătăţirea rezultatelor DGASPC legate de adopţia naţională. Din punctul nostru de vedere, consilierea părinţilor biologici şi informarea acestora cu privire la consecinţele adopţiei nu trebuie realizate de către serviciul de adopţie, ci de

asistentul social al copilului, care cunoaşte familia biologică, a lucrat cu ea şi este familiarizat cu situaţia acesteia. Păstrarea activităţilor de consiliere şi informare a părinţilor biologici în sarcina serviciului de adopţie creează un conflict în ceea ce priveşte apărarea intereselor familiei biologice şi ale celei adoptive. Pentru lămuriri în ceea ce priveşte modul cum s-ar putea aplica în mod corect metoda managementului de caz, evitând astfel de dileme etice, vă recomandăm să citiţi răspunsul nostru la întrebarea *Cum influenţează managementul de caz adopţia naţională ?*, prezentat în primul capitol al acestui volum.

> Când finalitatea PIP este deschiderea procedurii de adopţie, atunci se înaintează dosarul la Serviciul de îngrijire de tip familial, Compartimentul adopţii. Dosarul este luat în lucru de un coleg care se ocupă în termen de 30 de zile de demersurile care trebuie făcute : informarea mamei cu privire la consimţământ, la încetarea legăturilor de rudenie, la consecinţele adopţiei. Conform legii, cei care lucrează în serviciul de adopţii sunt doar responsabili de caz, iar în adopţie nu există manageri de caz. Aceasta este o consecinţă logică, pentru că cel care este însărcinat cu întocmirea planului individualizat de protecţie este în primul rând managerul de caz. Iar dacă cei de la adopţii nu fac planuri, ci doar urmăresc o anumită finalitate, înseamnă că sunt responsabili de caz... (FG5, manageri şi responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

Din punctul nostru de vedere, aplicarea managementului de caz presupune articularea unei structuri organizaţionale care să implementeze standardele minime obligatorii pentru toate serviciile din domeniul protecţiei copilului. Uneori, diferenţele introduse de managementul de caz în domeniul serviciilor destinate protecţiei copilului nu sunt conştientizate de către practicieni, pentru că această metodă nu a produs încă modificări la nivelul instituţiei (nu a fost creată o structură adaptată cerinţelor managementului de caz). Astfel, pentru a răspunde cerinţelor legate de atingerea cât mai rapidă a finalităţii PIP, DGASPC trebuie să se reorganizeze creând un cadru instituţional de implementare. În situaţia în care structura DGASPC nu se schimbă, personalul angajat nu percepe modificările de esenţă, ci doar cerinţele tot mai mari venite din partea managementului instituţiei.

> Eu nu sunt manager de caz, pentru că nu îndeplinesc condiţiile, dar managerul de caz a delegat atribuţiile responsabililor de caz. Aşa s-a întâmplat la noi. Şi am primit aceleaşi responsabilităţi ca înainte, la care s-au adăugat cele legate de mai multă hârţogăraie. (FG5, manageri şi responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

Deschiderea procedurii de adopţie

Deschiderea procedurii de adopţie reprezintă un pas important în urmărirea uneia dintre finalităţile PIP, şi anume adopţia. Iar această procedură a fost declanşată în urma reevaluării situaţiei copiilor aflaţi în sistemul de protecţie, proces care în august 2006 era realizat, în proporţie de 80%, la nivel naţional.

> Eu am nişte suspiciuni de ce nu merge adopţia naţională... nimeni nu spune lucrurilor pe nume. Nu sunt dosare înaintate către instanţă. De ce? Pe de altă parte, reevaluarea copiilor este la nivel naţional la 80% şi avem judeţe în care aceasta este între 0 şi 10%. (I1, preşedinte ANPDC, 1 august 2006)

Acest proces de evaluare a situaţiei copilului din sistemul de protecţie şi a familiei sale trebuie, din punctul de vedere al reprezentanţilor ORA, însoţit de specializarea juriştilor care se ocupă de adopţie. Astfel, managementul de caz aplicat în cadrul DGASPC transformă juristul într-un responsabil al intervenţiei specifice, acesta putând fi membru al serviciului de adopţie.

> În această privinţă [deschiderea pròcedurii de adopţie – *n.n.*], am recomandat în mod expres să fie un jurist care să lucreze la Biroul Adopţii ori să lucreze numai cazurile de adopţii... şi asta pentru că ar avea deja ochiul format în legătură cu ce acte trebuie. Dacă toate actele doveditoare, prin care au fost căutaţi părinţii, prin „Evidenţa populaţiei", la frontieră, că nu a trecut frontiera, sunt la dosar [...], dacă se face citare publică şi [părinţii] nu se prezintă, dacă există anchetele sociale de la faţa locului, unde ar fi trebuit să existe acele familii, să ştiţi că instanţele nu se opun [deschiderii procedurii adopţiei – *n.n.*]. Numai pentru dosarele în care lipsesc anumite piese... (I2, preşedinte ORA, 1 august 2006)

Dificultatea de identificare a părinţilor şi rudelor copilului este văzută de către reprezentanţii ORA ca un efect al deficienţelor în ceea ce priveşte menţinerea legăturilor cu familia, o dovadă a lipsei interesului din partea DGASPC de a stabili legături permanente cu familia biologică, după ce s-a produs separarea copilului şi acesta a intrat într-o formă de protecţie.

> Oricum, situaţia asta, pe care ei [DGASPC – *n.n.*] o invocă – spun că este foarte greu, că ţine prea mult –, se datorează faptului că, foarte mulţi ani DGASPC nu au încercat să menţină legătura dintre copil şi familie. Noi suntem convinşi că datorită acestei legi nu va mai fi nicio problemă să se găsească rudele, pentru că au obligaţia să menţină legătura copilului cu familia. Practic, atâţia ani nu au mai ţinut legătura, nu i-a interesat niciodată... dacă familia venea, bine, dacă nu, nu. De aceea e această problemă, pentru că ei nu au vrut să găsească rudele, pentru că nu i-a interesat niciodată ca acest copil să menţină legătura cu familia lui... (I2, preşedinte ORA, 1 august 2006)

Un alt factor important care a îngreunat procesul de adopţie, subliniat de către reprezentanţii DGASPC, a fost faptul că tribunalul a preluat noi atribuţii fără să fie pregătit pentru schimbările introduse de legislaţia privind adopţia.

> A mers foarte greu anul trecut [2005 – *n.n.*] pentru că s-a pus problema clarificării situaţiei juridice. Tot ce a fost pe vechea lege şi pe Legea 47, a abandonului, s-a reluat. Aveam vreo două sute şi ceva de copii adoptabili. A trebuit să reluăm toate acele cazuri, plus cazurile noi, să ne adresăm instanţei şi să clarificăm situaţia juridică. A mers foarte greu, pentru că instanţele nu au fost pregătite, i-am luat cumva prin surprindere, am avut discuţii, am venit noi în întâmpinare, am avut discuţii cu Preşedintele Tribunalului, cu conducerea Tribunalului, şi am încercat să deblocăm această situaţie, bineînţeles şi cu Autoritatea, care a făcut şi ea demersuri la Ministerul Justiţiei în acest sens. Practic, judecătorilor care erau la Secţia civilă, pe lângă atribuţiile pe care le aveau până la 1 ianuarie 2005, li s-a dat să se ocupe şi de protecţia copilului... Şi până a început să funcţioneze, a mers foarte, foarte greu. (I3, director executiv DGASPC, 5 octombrie 2006)

Deschiderea procedurii de adopţie este posibilă chiar dacă părinţii nu pot fi găsiţi sau dacă aceştia refuză să-şi asume responsabilităţile parentale.

> Există situaţia în care părintele, cu rea intenţie, dacă nu este plecat din ţară, este anunţat prin toate mijloacele şi totuşi refuză să vină. Atunci este clar că dovedeşte în acest mod reaua intenţie. Şi atunci instanţa se poate pronunţa pentru deschiderea procedurii de adopţie... (I5, director executiv adjunct DGASPC, 13 octombrie 2006)

Un alt factor care a influenţat succesul DGASPC Dolj în cadrul serviciului de adopţie a fost acela că a deschis procedura de adopţie pentru toţi copiii a căror reintegrare familială nu a fost posibilă, indiferent de vârsta lor, fapt care le-a crescut şansele de a fi adoptaţi.

> Noi am luat întâi nişte hotărâri de principiu, în sensul că, în momentul în care am stabilit, în urma anchetelor şi după aplicarea planurilor, că un copil nu poate fi reintegrat nici în familia naturală, nici în familia lărgită, obligaţia noastră este să trecem la pasul următor, adică la adopţie. Pentru toţi copiii, indiferent de starea lor de sănătate, indiferent de vârstă, de sex, noi am deschis procedura adopţiei naţionale, aşa cum este ea prevăzută în lege. După care am început să potrivim [copiii] cu familiile pe care le aveam. (I5, director executiv adjunct DGASPC, 13 octombrie 2006)

Atunci când nu s-au identificat familii adoptive în zonă, s-au căutat familii adoptive în alte judeţe din ţară, promovând adopţia între judeţe, mediată de către ORA.

După ce am epuizat familiile noastre, am respectat ce spune legea. Nu am făcut nimic deosebit. Am plecat mai departe. Am solicitat la ORA liste de familii şi, în funcţie de preferinţele acelor familii care erau menţionate în liste – băiat, 4-6 ani, fetiţă 0-2 ani –, am încercat să căutăm potrivirea cu copiii noştri. Noi am deschis procedura adopţiei naţionale pentru toţi copiii [din sistemul de protecţie – *n.n.*]. Am zis că trebuie să dăm o şansă oricărui copil, poate găsim pe cineva care îl acceptă aşa cum este el. Este şansa copilului şi noi suntem oligaţi să i-o dăm. Şi am plecat în alte judeţe şi am făcut adopţii. Judeţele Gorj şi Braşov sunt judeţele cu care am lucrat cel mai bine, în sensul că am găsit familiile şi am făcut adopţiile naţionale. (I5, director executiv adjunct DGASPC, 13 octombrie 2006)

Procesul de potrivire teoretică şi practică

În continuare vom prezenta câteva teme decelate în cadrul întâlnirilor realizate în judeţele-pilot, precum factorii ce influenţează pozitiv procesul de adopţie, dificultăţile întâlnite de specialişti şi posibilele soluţii pentru îmbunătăţirea serviciilor de adopţie naţională. Pentru încurajarea adopţiei naţionale, specialiştii subliniază rolul important pe care îl au funcţionarea unui sistem de repartizare a copiilor adoptabili şi respectarea acestuia de către toţi cei implicaţi, stabilirea unor criterii clare pentru repartizarea copiilor, luarea în discuţie a preferinţelor exprimate de familie în solicitarea pentru adopţie şi, nu în ultimul rând, repartizarea clară a responsabilităţilor asistenţilor sociali în cadrul procesului de potrivire.

Să zicem că vine sentinţa deschiderii. El [asistentul social al copilului – *n.n.*] ştie copilul, eu [asistentul social al familiei – *n.n.*] ştiu familia. Vedem ce familii avem în aşteptare, vedem ce informaţii avem despre copil, evaluarea psihologică a copilului, evaluarea psihologică a familiei. Încercăm, cât de cât, să respectăm şi ordinea atestării, adică o familie care a luat atestatul ieri să nu ia copilul înaintea alteia, care aşteaptă de câteva luni. În funcţie de asta tragem o concluzie. (FG5, manageri şi responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

Un lucru pe care echipa de cercetare l-a remarcat în etapa de culegere a datelor din judeţul Dolj a fost faptul că procedura de lucru în serviciul de adopţie respectă standardele minime obligatorii stabilite în domeniul adopţiei. Astfel, procesul de potrivire este cunoscut de către personalul implicat şi aplicat în practica adopţiei.

Facem prima oară pregătirea teoretică [a familiei adoptive – *n.n.*]. În funcţie de solicitările familiei adoptive, privitoare la vârstă şi sex [se referă la caracteristicile copilului pe care doresc să-l adopte – *n.n.*], în funcţie de lista pe care o avem cu copiii adoptabili, în funcţie de preferinţele familiei

> care doreşte [să adopte], alegem un anumit copil pentru care facem potrivirea teoretică şi... se pun de acord [asistentul social al copilului cu asistentul social al familiei adoptive – *n.n.*], se face referatul acela [în care este prezentat copilul şi care este dat familiei – *n.n.*], după care chemăm familia [adoptivă care a fost selectată – *n.n.*]. O informăm în scris. (FG5, manageri şi responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

Respectarea standardelor şi a demersului etapizat în procesul de adopţie permite satisfacerea nevoii copilului de a se obişnui treptat cu familia adoptivă, printr-un program de vizite, şi uşurează procesul de adaptare reciprocă.

> Aşa e legea, prima întâlnire la domiciliul copilului apoi, în funcţie de vârsta copilului... fiind un copil mai mic vor fi mai puţine întâlniri. Dacă e mai mare, mai multe... (FG5, manageri şi responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

Evoluţia practicii în adopţie din ultimii ani este recunoscută de personalul implicat, iar în focus-grupul cu managerii şi responsabilii de caz din cadrul DGASPC Dolj, aceştia au afirmat diferenţele dintre standardele actuale şi obiceiul din anii trecuţi. Una dintre practicile vechi în domeniul adopţiei era alegerea copilului, ignorându-se importanţa pe termen lung a etapelor de potrivire teoretică şi practică. Pentru evidenţierea acestor diferenţe, vă prezentăm mai jos un fragment din cadrul unui focus-grup la care au participat familii care au adoptat în urmă cu cinci ani.

> Acum opt ani de zile te zbăteai să ajungi la standardul şi metodologia asta. Erau practici prin care duceai familia adoptivă în familia de plasament şi alegeau copilul. (FG5, manageri şi responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

> Eu alesesem fetiţa... eu voiam fetiţă. Soţul s-a uitat şi la fetiţă, şi la băiat, din cei şase copii care erau acolo [în centrul de plasament – *n.n.*], trei băieţi şi trei fete. Eu voiam să fie fetiţă şi s-o cheme X. Aşa simţeam eu [...] şi s-a nimerit să fie o fetiţă pe care chiar aşa o chema. (FG6, familii adoptive, 13 octombrie 2006)

Dincolo de standardele din domeniul adopţiei pe care specialiştii le consideră îndeplinite, există totuşi această practică a plasamentului în familia adoptivă care conduce la scoaterea din discuţie a etapelor procesului de adopţie. În această situaţie, asistentul social este pus în dificultate, pentru că nu există nişte reguli clare cu privire la această formă de adopţie precedată de plasament şi nici comunicare cu personalul din alte instituţii, cum ar fi cele medicale.

> Eu am luat-o pe X în plasament, ce să fac, aşa-i legea. Un an am ţinut-o în plasament. (FG6, familii adoptive, 13 octombrie 2006)

Această practică a plasamentelor simple în familia adoptivă rămâne tributară principiului „copil pentru familie", întrucât foarte multe categorii de persoane ce intră în contact cu copiii aflaţi în dificultate, mai ales cu cei părăsiţi în diferite instituţii medicale, păstrează încă acest principiu care dăunează adopţiei.

> În sistem nu s-a înţeles faptul că diferenţa majoră faţă de trecut este că acum căutăm o familie pentru copil... noi lucrăm cu copiii. Copilul este în centrul atenţiei, cu el lucrăm şi lui trebuie să-i găsim cea mai potrivită familie. Încă se lucrează pe vechea mentalitate şi pe vechile proceduri, care s-au împământenit în capul oamenilor, că trebuie să acoperim golul din sufletul familiei. Aici mai trebuie lucrat foarte mult, după părerea mea, şi trebuie să înţeleagă care este importanţa şi necesitatea potrivirii [dintre copil şi familia adoptivă – *n.n.*]. Pe termen lung, dacă există această potrivire, e clar că adopţia aceea va fi bună, nu va duce la eşecuri sau probleme în familie... (I2, preşedinte ORA, 1 august 2006)

Evaluarea stării de sănătate a copilului

Familiile care au adoptat copii în conformitate cu legea veche recunosc anumite disfuncţii cu care s-au întâlnit în procesul de adopţie, cum ar fi realizarea evaluărilor privind starea de sănătate.

> Nu am avut rezultatul unor analize medicale. Am înţeles că Protecţia Copilului trebuia să le facă, dar că nu avea fonduri. Asta a fost teama mea cea mai mare, când mi-au pus-o în braţe şi au zis „Să-ţi trăiască". În perioada aia [...], toată lumea vorbea peste tot de SIDA şi am zis că trebuie neapărat să îi fac analize şi a mai durat o săptămână până am luat-o acasă de la un asistent maternal. Copilul stătuse o lună şi jumătate în spital şi aproape două luni la asistentul maternal, undeva în afara localităţii. Dacă m-aş mai întâlni cu doamna aceea [asistent maternal profesionist – *n.n.*], i-aş mulţumi, pentru că într-adevăr s-a văzut că e o fetiţă sănătoasă, ca toţi copiii. (FG6, familii adoptive, 13 octombrie 2006)

În prezent, copilul adoptabil este evaluat din punctul de vedere al stării de sănătate, familia primeşte informaţii detaliate despre istoricul medical al copilului şi poate solicita investigaţii suplimentare sau informaţii de la medici, atunci când doreşte să cunoască efectele unei eventuale probleme.

> [Familiile adoptive] merg împreună cu asistentul maternal, pentru mai multe investigaţii. În etapa de potrivire practică se întâmplă lucrurile astea. Avem şi copii care au avut anumite probleme de sănătate care s-au rezolvat între timp, dar oamenii vor să afle de la medicul care a consultat copilul sau din informaţiile care există în actele medicale că este totul OK. Şi

atunci [familia adoptivă] merge împreună cu asistentul maternal, asistentul social al copilului. (FG5, manageri și responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

Schimbarea prenumelui copilului adoptat

Un aspect frecvent întâlnit în discuțiile cu familiile adoptive a fost practica schimbării prenumelui copilului după adopție. Familiile prezente la focus-grup, atât cele care au adoptat înainte de 2005, cât și cele care au adoptat după noua legislație au ținut să schimbe prenumele copilului, cu excepția a două situații. Una în care copilul avea deja prenumele tatălui adoptiv și una în care copilul avea numele pe care îl doriseră ei.

Eu nu i-am schimbat prenumele pentru că îl cheamă ca pe tati. (FG6, familii adoptive, 13 octombrie 2006)

Schimbarea prenumelui copilului poate fi interpretată în plan simbolic ca un ritual de trecere, care marchează intrarea copilului într-o altă etapă de viață, dar și într-un alt univers identitar și familial. Discontinuitatea față de trecutul copilului este marcată uneori și printr-un ceremonial religios, care consfințește și schimbarea identității copilului, un gest simbolic prin care familia adoptivă se angajează în traiectoria identitară a copilului.

Eu i l-am schimbat [prenumele - *n.n.*]. Nu era botezată, noi am botezat-o la două săptămâni după ce am adus-o acasă și nu avea nume de sfânt. (FG6, familii adoptive, 13 octombrie 2006)

Schimbarea prenumelui copilului reprezintă o delimitare între ceea ce a fost înainte și ce va fi după intrarea copilului în familia adoptivă. Este posibil ca această practică să fie dublată și de un calcul pe care și-l face familia în legătură cu dificultățile copilului de a-și reconstitui trecutul pornind de la studiul documentelor oficiale.

Am făcut demersurile oficiale, am schimbat numele copiilor... e mai bine așa... (FG6, familii adoptive, 13 octombrie 2006)

Emiterea hotărârilor judecătorești

O piedică importantă în desfășurarea procesului de adopție o reprezintă și timpul îndelungat necesar emiterii hotărârilor judecătorești.

Singura problemă pe care o avem, care mi se pare mai gravă și care trebuie discutată – restul sunt chestiuni tehnice – este emiterea hotărârilor judecătorești. De exemplu, s-a luat decizia de către instanță în iulie, iar în octombrie încă

nu am primit hotărârea. Am făcut tot felul de intervenţii, pe la grefierul-şef, pe la judecătorie, ca să urgentăm. Asta ar trebui clarificat, pentru că nu putem merge mai departe. (I3, director executiv DGASPC, 5 octombrie 2006)

Problema redactării hotărârilor cu întârziere este afirmată şi de către managerii sau responsabilii de caz şi este considerată cauza amânării instrumentării cazului uneori pe perioade foarte lungi de timp (chiar luni).

Cele mai mari probleme sunt cele cu redactarea hotărârilor... uneori durează până la 3-4 luni. (FG5, manageri şi responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

Merge totul foarte bine până la redactarea hotărârilor. [Instanţa - *n.n.*] se pronunţă, dar până să redacteze hotărârile şi apoi să devină definitive este jale. [Durează] luni de zile. Acum am înţeles că pe perioada vacanţei judecătoreşti s-au format nişte complete de judecată speciale pentru copii şi poate avem şi noi o şansă să se îndrepte situaţia. Altfel, avem şi hotărâri pronunţate anul trecut şi pentru care nici acum nu avem sentinţa definitivă. (I5, director executiv adjunct DGASPC, 13 octombrie 2006)

Colaborarea dintre DGASPC şi instanţele de judecată este văzută ca un factor favorizant al succesul procesului de adopţie.

A existat o colaborare mai bună cu instanţele de judecată, poate instanţele au fost mai receptive şi s-au mobilizat şi erau pregătite... asta este una dintre explicaţii, că s-au mobilizat mai bine şi există o colaborare mai bună. (I3, director executiv DGASPC, 5 octombrie 2006)

Pregătirea familiilor care doresc să adopte

În procesul de adopţie, un rol important îl deţine pregătirea familiilor care doresc să adopte. Fiecare DGASPC desfăşoară acest proces de pregătire în funcţie de resursele existente, de personalul implicat şi de modul în care identifică nevoile familiilor. Orientarea pentru educaţia interactivă este preferată atât de specialişti, cât şi de familiile adoptive. Subiectele aduse în atenţie de către participanţii la focus-grupuri sunt numeroase, fiind legate de aspectele legislative ale adopţiei, de stadiile de dezvoltare a copilului, de motivaţie, de disciplinarea copilului etc.

În general, colegul meu [jurist - *n.n.*] le explică partea de legislaţie. Eu [asistent social - *n.n.*] vorbesc despre stadiile de dezvoltare a copilului, despre motivaţia în adopţie, despre partea de disciplină, rolurile parentale. Îi punem în situaţia să vadă, să observe, să simtă. Mi se pare mult mai

> practic felul în care se discută acum cu părinţii, nu facem doar teorie, pregătim şi un material pe care-l dăm familiilor, dar, în general, mergem pe jocuri de rol. (FG5, manageri şi responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

Una dintre problemele invocate de personalul implicat în adopţie în legătură cu programele de pregătire şi formare a părinţilor adoptivi este interesul scăzut al acestora de a participa la astfel de întâlniri, mai ales atunci când familia se află în etapa de postadopţie. Poate de aceea se impune o regulă pentru cei care doresc să adopte : trebuie să existe obligativitatea participării, iar atestatul să fie eliberat doar în situaţia în care viitorii părinţi au urmat aceste cursuri. Pe de altă parte, este utilă elaborarea unei proceduri de lucru cu familiile care se află în procesul de evaluare postadopţie, care să le motiveze să participe la aceste programe de dezvoltare a abilităţilor parentale.

> Probabil că va trebui să discutăm cu familia de adopţie, să vedem care sunt motivele pentru care nu vin la cursuri de educaţie parentală. A scăzut numărul familiilor care participă la cursurile organizate în perioada post-adopţie. Săptămâna trecută am organizat o nouă întâlnire şi nu s-au prezentat, dar probabil că o să mai discutăm cu ei. (FG5, manageri şi responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

Un subiect insuficient discutat în procesul de pregătire a familiilor adoptive este cel legat de modul în care părinţii îi pot spune copilului că este adoptat. Motivaţia poate să fie aceea că personalul nu este suficient de pregătit pentru această temă sau faptul că familia nu este ajutată să anticipeze efectele pe termen lung ale acestui „secret".

> La cursurile din etapa de preatestare, de evaluare şi pregătire, nu avem această temă, legată de cum să-i spui copilului că este adoptat. În mare, se discută, se abordează absolut toate problemele. Dar nu în profunzime. Mai discutăm şi la cursurile pe care le facem în perioada postadopţie. (FG5, manageri şi responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

Personalul angajat în serviciul de adopţie

Datele furnizate la nivel naţional arată faptul că 10,9% dintre DGASPC nu au niciun angajat în serviciul de adopţie, fie pentru că nu au suficiente resurse umane, iar cei care lucrează în adopţie prestează activităţi şi pentru alte tipuri de servicii (de exemplu, plasament familial), fie pentru că serviciul de adopţie nu are o identitate proprie în structura organizatorică a DGASPC.

Situaţia este mult mai dramatică atunci când este vorba despre prezenţa unor specialişti, absolvenţi de asistenţă socială, care lucrează în cadrul acestui serviciu specializat. Astfel, în momentul realizării studiului, 41,3% dintre

Tabelul 34. *Repartiţia numărului de angajaţi pe direcţii în serviciul de adopţie*

Numărul de angajaţi în serviciul de adopţie	Frecvenţa	%	% cumulate
–	5	10,9	10,9
1	5	10,9	21,7
2	8	17,4	39,1
3	8	17,4	56,5
4	7	15,2	71,7
5	5	10,9	82,6
6	4	8,7	91,3
7	1	2,2	93,5
8	2	4,3	97,8
10	1	2,2	100,0
Total	**46**	**100,0**	

DGASPC nu aveau niciun asistent social cu studii de specialitate, angajat în cadrul serviciului de adopţie (Bistriţa-Năsăud, Brăila, Bucureşti – Sectorul 3, Buzău, Călăraşi, Caraş-Severin, Constanţa, Covasna, Giurgiu, Hunedoara, Ialomiţa, Ilfov, Mehedinţi, Prahova, Sălaj, Satu Mare, Teleorman, Tulcea, Vâlcea). La polul opus se află DGASPC care au fiecare câte 5 (Bacău, Iaşi şi Vrancea) sau 6 (Gorj) asistenţi sociali în serviciul de adopţie:

Tabelul 35. *Numărul angajaţilor cu studii de asistenţă socială din serviciul de adopţie*

Numărul de angajaţi	Numărul de DGASPC	%
–	19	41,3
1	12	26,1
2	8	17,4
3	3	6,5
5	3	6,5
6	1	2,2
Total	**46**	**100,0**

La 31 mai 2006, situaţia angajaţilor DGASPC care ofereau servicii copiilor aflaţi în familii adoptive sau care lucrau pentru recrutarea, evaluarea şi pregătirea familiilor potenţial adoptive se prezenta ca în tabelul 36.

Din acest tabel observăm câteva date semnificative referitoare la DGASPC care aveau în structura organizatorică personal cu atribuţii în serviciul de adopţie, dar care nu se ocupa de cazurile aflate în perioada de postplasament. Această disfuncţie, reprezentată de faptul că există angajaţi, dar aceştia nu au cazuri în lucru, se produce şi fiindcă serviciul de adopţie este dependent de

Tabelul 36. *Numărul de angajaţi din serviciul de adopţie al DGASPC şi numărul de copii adoptaţi care primeau servicii la 31 mai 2006*

DGASPC	Numărul de angajaţi	Numărul de copii
Alba	3	2
Arad	5	2
Argeş	1	7
Bacău	8	3
Bihor	3	6
Bistriţa-Năsăud	0	2
Botoşani	3	6
Brăila	2	1
Bucureşti – Sectorul 1	4	6
Bucureşti – Sectorul 2	7	3
Bucureşti – Sectorul 3	0	2
Bucureşti – Sectorul 4	4	0
Bucureşti – Sectorul 5	2	2
Bucureşti – Sectorul 6	8	0
Buzău	3	4
Caraş-Severin	0	0
Călăraşi	3	1
Cluj	4	0
Constanţa	5	4
Covasna	2	2
Dâmboviţa	10	0
Dolj	6	18
Galaţi	5	1
Giurgiu	1	4
Gorj	6	2
Harghita	2	1
Hunedoara	3	1
Ialomiţa	3	0
Iaşi	6	1
Ilfov	1	0
Maramureş	3	1
Mehedinţi	2	6
Mureş	1	1
Neamţ	4	1
Olt	2	9

Prahova	5	6
Satu Mare	0	1
Sălaj	1	5
Sibiu	2	0
Suceava	4	8
Teleorman	2	6
Timiş	4	0
Tulcea	6	0
Vaslui	4	2
Vâlcea	0	0
Vrancea	5	0
Total	**155**	**127**

alte servicii din structura DGASPC, devenind activ doar în momentul în care finalitatea PIP este adopţia.

> Din datele pe care le-am constatat, din întâlnirile cu ei [directorii DGASPC - *n.n.*] şi mai ales din ce vedem noi aici în Registrul de adopţii [...], în primul rând este clar că, singur, biroul sau compartimentul de adopţii nu poate să lucreze, pentru că nu i se dau informaţii cu privire la copii adoptabili. Cei de la direcţii nu lucrează în mod clar pe fiecare caz în parte şi nu întocmesc PIP cum trebuie, în aşa fel încât, indiferent de vârsta copilului, să se ajungă, dacă e cazul, la adopţie ca finalitate a PIP. Am întâlnit situaţii în care unii din direcţii gândesc că, dacă copilul are 6-7 ani, nu îl mai adoptă nimeni şi nu trebuie să-i deschidem procesul de adopţie. (I2, preşedinte ORA, 1 august 2006)

Formarea personalului din serviciul de adopţie

Pentru îndeplinirea unor standarde de calitate în serviciul de adopţie, ca de altfel în orice alt serviciu social oferit de DGASPC, este necesară pregătirea continuă a personalului, dar şi a celorlalţi profesionişti care au contact cu familiile adoptive sau cu copiii aflaţi în dificultate. Din perspectiva autorităţilor centrale, este esenţială şi pregătirea personalului medical din maternităţi şi spitale, pentru a îmbunătăţi calitatea serviciului de adopţie.

> Este clar că va trebui să ne axăm pe instruirea specialiştilor în legătură cu procesul adopţiei. Pe ei [cei din DGASPC - *n.n.*] şi pe ceilalţi specialişti care lucrează şi care trebuie să înţeleagă de ce este bine aşa cum vorbim [să evite plasamentele, de exemplu - *n.n.*], cum este această lege făcută şi faptul că este diferită faţă de cum ştiau ei că se făceau adopţiile sau faţă de practica pe care au cunoscut-o. (I2, preşedinte ORA, 1 august 2006)

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 6

Integrarea socioprofesională a tinerilor de peste 18 ani

Criteriul referitor la *integrarea socioprofesională a tinerilor care părăsesc sistemul de protecţie* este relativ ambiguu, deoarece, dincolo de datele statistice furnizate de către DGASPC, care arată faptul că există tineri integraţi profesional, nu au fost totuşi identificate compartimente sau departamente specializate în cadrul structurii DGASPC care să aibă obiective, standarde, metodologii de lucru şi personal specializat pentru integrarea socioprofesională a tinerilor. Mai mult decât atât, în multe dintre situaţii, ieşirea tinerilor din sistem este un rezultat natural, şi nu unul intenţionat, orientat şi organizat pentru dezvoltarea deprinderilor de viaţă independentă. Chiar dacă în unele judeţe s-au realizat proiecte-pilot pentru integrarea socioprofesională a tinerilor de peste 18 ani, ele nu s-au concretizat în structuri specializate pentru acest tip de serviciu social, iar în majoritatea direcţiilor nu sunt desemnaţi manageri şi nici responsabili de caz pentru îndeplinirea acestei finalităţi a PIP. După cum se poate vedea şi din tabelul 37, există 36 de DGASPC care nu au ca angajaţi asistenţi sociali care să realizeze integrarea socioprofesională a tinerilor care părăsesc sistemul de protecţie.

Tabelul 37 ne arată că 84,8% dintre DGASPC nu au MC, iar la nivel naţional există 7 DGASPC care au cel puţin un MC responsabil cu integrarea socioprofesională a tinerilor din sistemul de protecţie (Alba, Bacău, Bihor, Bucureşti – Sectorul 4, Gorj, Neamţ şi Suceava).

În privinţa responsabililor de caz, lucrurile par schimbate, dar nu în foarte mare măsură (vezi tabelul 39). 34 de DGASPC nu au desemnaţi responsabili de caz (reprezentând 73,9%) şi doar 12 dintre acestea (26,1%) au numit unul sau mai mulţi responsabili pentru dezvoltarea deprinderilor de viaţă independentă

Tabelul 37. *Numărul angajaților cu studii de asistență socială din serviciul de integrare socioprofesională a tinerilor care părăsesc sistemul de protecție*

Numărul de asistenți sociali	Numărul de DGASPC	%
-	36	78,3
1	7	15,2
2	2	4,3
4	1	2,2
Total	**46**	**100,0**

Tabelul 38. *Numărul managerilor de caz din serviciul de integrare socioprofesională a tinerilor care părăsesc sistemul de protecție*

Numărul de manageri de caz	Numărul de DGASPC	%
-	39	84,8
1	5	10,9
2	2	4,3
Total	**46**	**100,0**

și integrare socioprofesională a tinerilor (Bacău, Bistrița, București - Sectorul 1, București - Sectorul 2, București - Sectorul 4, Buzău, Gorj, Ilfov, Neamț, Suceava, Vaslui și Vâlcea).

Tabelul 39. *Numărul responsabililor de caz din serviciul de integrare socioprofesională a tinerilor care părăsesc sistemul de protecție*

Numărul de responsabili de caz	Numărul de DGASPC	%
-	34	73,9
1	4	8,7
2	1	2,2
3	2	4,3
4	2	4,3
5	1	2,2
7	1	2,2
12	1	2,2
Total	**46**	**100,0**

Serviciul specializat pentru integrarea socioprofesională a tinerilor de peste 18 ani

Pentru culegerea datelor calitative, în ceea ce priveşte dezvoltarea deprinderilor de viaţă şi integrarea socioprofesională a tinerilor, DGASPC Bacău a fost selectat ca judeţ-pilot, dar s-au analizat şi informaţiile oferite în cadrul interviurilor cu directorii DGASPC din celelalte două judeţe (Alba şi Dolj).

Unul dintre factorii de succes, care a contribuit semnificativ la creşterea şanselor tinerilor din sistemul de protecţie de a se integra social şi profesional, a fost faptul că există un serviciu specializat care urmăreşte această finalitate a PIP în cadrul structurii DGASPC şi care oferă inclusiv servicii de monitorizare postintegrare pe o perioadă de doi ani. Din practică, este ştiut faptul că integrarea socioprofesională a tinerilor este dificilă, dar şi mai dificilă este adaptarea lor la locul de muncă şi păstrarea acestuia. De aici, accentul pus de DGASPC Bacău pe sprijinirea şi monitorizarea tinerilor în procesul de adaptare în afara sistemului de protecţie pe o perioadă de doi ani, fapt care constituie un suport important pentru integrarea socioprofesională a acestei categorii de beneficiari.

> Avem un serviciu special pentru asta. A fost birou, acum e serviciu. De un an şi ceva a devenit serviciu privind sprijinirea integrării tinerilor care părăsesc sistemul de protecţie a copilului. Dar nu se ocupă doar de cei care părăsesc [sistemul de protecţie], sunt întâlniri în centre, întâlniri cu tinerii care au reuşit să se reintegreze. Sunt situaţii în care nu au reuşit şi nu au dorit [să se integreze socioprofesional - *n.n.*], orice soluţie le-am propus noi, au refuzat. Sigur, s-au dezbătut şi aceste cazuri cu cei care sunt în sistem şi care mâine trebuie să îl părăsească sau care ar trebui să găsească o soluţie. Şi-i ajutăm nu numai să se integreze, ei sunt şi monitorizaţi o perioadă de doi ani de zile după reintegrare. Timp de doi ani ni se pot adresa dacă şi-au pierdut locul de muncă, dacă au o problemă legată de cazare etc. (I3, director executiv DGASPC, 5 octombrie 2006)

Serviciul, care funcţionează şi pare să dea rezultate, urmăreşte nu doar dezvoltarea deprinderilor de viaţă independentă, ci şi crearea unui sistem relaţional, a unei reţele sociale capabile să integreze tinerii ce părăsesc sistemul de protecţie şi care cuprinde agenţi economici pregătiţi şi dispuşi să angajeze astfel de persoane dezavantajate pe piaţa muncii.

> Ne-am creat un sistem de date, un sistem relaţional cu agenţi economici şi firme, încât ne cunosc şi ni se adresează când au nevoie de tineri, la început sau la sfârşit de an şcolar. Sigur, asta se face în timp. Ne-au trebuit trei, patru ani de zile ca să creăm o asemenea reţea. Am ajuns în situaţia în care există locuri de muncă şi nu le putem oferi tinerilor. (I3, director executiv DGASPC, 5 octombrie 2006)

Orientarea către tânărul ce trebuie să părăsească sistemul de protecţie, către nevoile sale a condus la definirea unor atribuţii ale serviciului de dezvoltare a deprinderilor de viaţă independentă şi integrare socioprofesională, care se ocupă nu numai de tinerii din sistemul rezidenţial, ci şi de cei din familiile de asistenţă maternală. În opinia reprezentanţilor DGASPC, tinerii au nevoie de sprijin pentru integrarea socioprofesională chiar dacă sunt în familii de asistenţă maternală care şi-au afirmat angajamentul de a-i sprijini în continuare, după împlinirea vârstei de 18 ani.

> Acest serviciu privind sprijinirea integrării şi reintegrării tânărului care trebuie să părăsească sistemul nu se referă numai la tinerii din sistemul rezidenţial, ci şi la cei din asistenţă maternală. Şi, împreună cu familia [substitutivă - *n.n.*], soluţiile sunt mult mai eficiente. Există familii de asistenţi maternali care doresc să îi sprijine în continuare. (I3, director executiv DGASPC, 5 octombrie 2006)

Un alt judeţ-pilot inclus în studiu nu a creat un serviciu specializat, pentru că numărul tinerilor care părăsesc anual sistemul de protecţie nu este mare, dar s-au înfiinţat servicii de pregătire pentru autonomie şi viaţă independentă în serviciul rezidenţial, iar acest mod de organizare există în mai multe DGASPC din ţară.

> Nu avem în direcţie un compartiment specializat pentru integrarea socio-profesională a tinerilor. Serviciul Rezidenţial de la nivelul direcţiei l-am conceput ca având atribuţii în coordonarea activităţii centrelor rezidenţiale. Iar de problema integrării profesionale se ocupă în special Serviciul Rezidenţial şi Biroul Juridic. Ei fac cu tinerii consiliere, pregătire pentru a găsi un loc de muncă. Îi învăţăm să îşi facă CV, dar nu am creat un compartiment special pentru asta, şi vă spun şi de ce.: pentru că nu am avut obiectul de activitate atât de masiv, încât să necesite un compartiment. (I4, director executiv DGASPC, 6 octombrie 2006)

Obţinerea unui loc de muncă nu înseamnă decât un pas în procesul de integrare, şi anume cel de adaptare, adică de cunoaştere a regulilor, responsabilităţilor, cutumelor şi culturii organizaţionale. De aceea, pe parcursul integrării sale, până când începe să fie perceput ca membru al grupului format din colegii de muncă şi până când îşi asumă funcţii şi responsabilităţi în cadrul acestui colectiv, tânărul este ajutat, iar angajatorul este sprijinit pentru a înţelege modurile în care poate contribui la creşterea şanselor de integrare. Cu alte cuvinte, serviciul organizat pentru dezvoltarea deprinderilor de viaţă independentă şi integrare socioprofesională trebuie să-şi asume şi rolul de mediator social.

> Noi avem un serviciu specializat, pentru a-i găsi [tânărului care părăseşte sistemul de protecţie – *n.n.*] un loc de muncă, lucru destul de greu, întrucât

trebuie urmărit o perioadă de şase luni, un an sau chiar mai mult. El trebuie să fie sprijinit. Chiar acolo, la angajator. Pentru că dacă l-ai dus şi l-ai angajat, patronul vine peste două, trei zile şi spune „nu-i bun" sau „nu poate". Şi acolo trebuie sprijinit... Închiderea unui caz de genul acesta se face atunci când [tânărul] e pe picioarele lui, are salariul stabilit, un contract de muncă concret, nu îl angajează azi, şi mâine nu mai este bun. (I6, şef serviciu AMP, 9 octombrie 2006)

Dincolo de găsirea unui loc de muncă, tânărul care părăseşte sistemul de protecţie este sprijinit şi pentru găsirea unei locuinţe. La început, el beneficiază de cazare temporară, iar multe DGASPC care au dezvoltat asemenea programe au achiziţionat apartamente în acest scop. Situarea apartamentelor în comunitate este foarte importantă în accelerarea procesului de integrare socială a acestor tineri şi de dezvoltare a autonomiei şi independenţei personale. Pe de altă parte, la fel de important este numărul tinerilor care locuiesc împreună, iar crearea unor programe care să asigure cazarea în apartamente a unui număr mic de beneficiari pare să fie soluţia cea mai potrivită pentru integrarea socială a tinerilor în comunitate.

În primul rând, există serviciul acesta de integrare socioprofesională, care funcţionează, şi funcţionează bine. După aceea, ar trebui o modalitate de a-i găsi tânărului şi o cazare, o locuinţă. Un centru de tranzit ar fi ideal. Noi avem acum câteva programe; avem două apartamente, sau chiar trei acum în care merg şi stau tinerii după ce părăsesc sistemul. Stau cam un an, un an şi ceva. Şi în mediul rural ar fi nevoie de astfel de servicii. (I6, şef serviciu AMP, 9 octombrie 2006)

Pentru tinerii aflaţi în asistenţă maternală, căminul asistenţilor maternali, mai ales din mediul rural, asigură această găzduire temporară celor care nu mai pot beneficia de sistemul de protecţie. O problemă mai acută se ridică atunci când tinerii locuiesc la asistenţi maternali cu domiciliul în mediul urban, acolo unde cheltuielile legate de utilităţi sunt o povară pentru aceste familii.

Am avut un tânăr care a terminat şcoala, i-am găsit un loc de muncă, asistentul maternal îl mai ţine un pic. Îl ţine şi chiar îi caută o gazdă, încercând să-i găsească un loc în care să stea. Dar nu cu toţii putem face aşa. În mediul rural mai merge, dar în urban nu. La oraş sunt costuri în plus. Cei mai mulţi stau la bloc, au şi copilul lor, ca să continue activitatea de asistent maternal ar trebui să mai primească un copil. (I6, şef serviciu AMP, 9 octombrie 2006)

Dacă ţinem cont de repartiţia în funcţie de variabila vârstă a copiilor din asistenţă maternală, putem estima că în următorii trei ani vor împlini 18 ani aproximativ 1.500 de copii aflaţi în această formă de îngrijire. De aceea, este

foarte importantă elaborarea unei strategii şi articularea unor servicii adaptate şi acestei categorii de beneficiari.

> Dar la asistenţii maternali [copiii] abia de acum încep să crească. La mine am vreo 59 de copii care au peste 15-16 ani. Dar sunt ceilalţi, 480 şi ceva, care vin acum din urmă. Ne gândim deja la o strategie, ce o să facem pe viitor. Începem chiar în clasa a VI-a, a VII-a pregătirea lor şcolară, şi să vedem când vor ajunge în clasa a VII-a spre ce îi orientăm, pe ce ne axăm mai mult. Vine capacitatea, mulţi au posibilităţi de a merge la liceu, sunt foarte mulţi copii buni. Mulţi vor să meargă mai departe la facultate şi se interesează dacă îi putem sprijini. (I6, şef serviciu AMP, 9 octombrie 2006)

Dificultăţi în integrarea socioprofesională a tinerilor care părăsesc sistemul de protecţie

Integrarea socioprofesională a tinerilor din sistemul de protecţie întâmpină o serie de dificultăţi, sesizate atât la nivel central, cât şi la nivel local. Una dintre dificultăţi este legată de pregătirea şi profesionalizarea resurselor umane pentru acest tip de serviciu social.

> În legătură cu integrarea socioprofesională a tinerilor, nici oamenii nu au fost pregătiţi de noi. Şi aici, pe undeva, e vina noastră, nu i-am învăţat cum să facă. Programele au fost puţine, iar oamenii care au fost pregătiţi [...] au plecat, nu mai lucrează în direcţii. (I1, preşedinte ANPDC, 1 august 2006)

În următorii ani, autorităţile locale se vor confrunta cu un număr mare de tineri care ies din sistemul de protecţie, cele mai importante provocări fiind pentru comunităţile mici unde, în anii '90, au intrat numeroşi copii abandonaţi.

> Anul acesta, la anul şi peste încă un an vor ieşi din sistem copiii părăsiţi în anii '90. Presiunea asupra autorităţilor locale va fi enormă. Se vor trezi într-o comunitate mică cu 200 de tineri. Vor fi nevoiţi să facă ceva. (I1, preşedinte ANPDC, 1 august 2006)

Piedicile întâmpinate în integrarea socioprofesională a tinerilor nu sunt considerate specifice sistemului de protecţie, ci mai degrabă o consecinţă a sistemului educaţional din România, care nu este adaptat nevoilor de pe piaţa muncii. De aceea se propun soluţii cu privire la funcţionarea în şcoli a unor cabinete care să se ocupe de orientare profesională şi la adaptarea ofertei educaţionale, în funcţie de necesităţile de pe piaţa forţei de muncă, sau prin externalizarea unor servicii.

> Dar, referitor la integrarea socioprofesională, nu este numai o problemă a sistemului de protecţie a copilului. Eu cred că este o problemă care ţine şi

de diversificarea învăţământului, de ancorarea lui în realităţile socioeconomice din România... pentru că problemele acestea de adaptare socioprofesională le avem şi în familiile proprii. Nu sunt numai în legătură cu copiii din sistem. Nu ştim ce să facem cu ei după ce termină un liceu sau, mai grav, după ce termină facultatea. Nu-i nevoie să fie angajaţi ai direcţiilor oamenii care ar trebui să facă orientare profesională. Ar putea să fie psihologi, care să vină să lucreze cu copiii din când în când, să determine care sunt capacităţile, orientările lor, apoi să facă o evaluare. Dacă ar exista aceste cabinete la nivelul şcolilor, aşa cum există în alte ţări... Practic, copilul din centrul de plasament merge oricum la şcoală... nu ar trebui să existe ceva separat pentru el. (I2, preşedinte ORA, 1 august 2006)

O categorie specială de tineri care împlinesc 18 ani şi urmează să părăsească sistemul de protecţie a copilului este reprezentată de cei cu dizabilităţi, pentru care reintegrarea în familia naturală nu este posibilă, iar DGASPC îi transferă în servicii rezidenţiale destinate adulţilor.

Au împlinit 18 ani şi au ieşit din sistem. Dar nu toţi se reîntorc în familii. Cei mai mulţi care ies din sistem, de la copiii cu nevoi speciale, merg în sistemul adulţilor cu nevoi speciale, pentru că sunt familii care i-au părăsit de la naştere. Asta este. Noi am preluat câteva centre cu nişte copii care de ani de zile se plimbau dintr-un centru în altul. Iar pentru aceşti copii e foarte greu să refacă relaţia cu familia. Uneori e aproape imposibil. Am lucrat cât am putut. Mai sunt familii pe care până la urmă le convingem să îi ia acasă, dar numărul lor e foarte mic. (I5, director executiv adjunct DGASPC, 13 octombrie 2006)

Situaţia integrării socioprofesionale a tinerilor cu dizabilităţi sau cu probleme de sănătate este cu atât mai dificilă cu cât în judeţ nu există încă servicii specifice pentru aceştia, cum ar fi atelierele protejate.

Problema cu care ne confruntăm referitor la integrarea tinerilor este a celor care au probleme de sănătate... Aici va trebui să găsim o soluţie. Să vedem ce putem face, în aceste ateliere de terapie ocupaţională, să aibă şi ei o sursă de venit. Acest segment de populaţie ne îngrijorează. Cei pe care nu pot să-i angajez sunt cei care au probleme de sănătate asociate cu probleme sociale, şi atunci va trebui să găsim o soluţie. (I3, director executiv DGASPC, 5 octombrie 2006)

Reintegrarea în familie

Din dorinţa de a surprinde modul cum este definită situaţia tinerilor ce trebuie să părăsească sistemul de asistenţă maternală şi să se integreze socioprofesional, au fost realizate două focus-grupuri, unul cu asistenţii maternali care au în

plasament tineri de peste 16 ani și altul cu tinerii aflați în familii de asistenți maternali. Unul dintre subiectele discutate a fost legat de posibilitatea de reintegrare familială a celor care se află în familii de asistenți maternali, dar care vor părăsi sistemul de protecție în următorii ani. Discuția a pornit de la ipoteza că familia biologică sau extinsă poate constitui un important sprijin pentru tinerii care părăsesc sistemul de protecție. Familia biologică este definită, în general, negativ de către asistentul maternal, iar tinerii nu sunt încurajați să se gândească la ea ca la un sprijin potențial.

> Nu pleacă de la mine niciodată... nu vrea... mama ei e țigancă, așa a spus, poartă haine rele. Ea stă la centru, a chemat-o de la Protecție la Consiliul Local, a spus că era îmbrăcată urât și murdar. Și au stat aproape spate în spate când au vorbit. (FG1, asistenți maternali pentru copii de vârstă mare, 9 octombrie 2006)

Lipsa legăturilor cu părinții sau cu familia extinsă scade șansele de reintegrare familială a tinerilor, mai ales că, de multe ori, despărțirea s-a produs în momente tragice, iar copiii au rămas cu amintiri negative față de părinți, care nu au mai fost înlocuite prin experiențe noi.

> Era într-a II-a, a III-a... a stat în carantină. S-a îmbolnăvit la maică-sa, era o mizerie din cale-afară, și nu vrea să se mai ducă. A venit domnișoara asistentă socială și nu voia să se ducă acasă. A spus că-i plătesc benzina, că dau bani pentru benzină ca să se ducă, dar el nu se duce. (FG1, asistenți maternali pentru copii de vârstă mare, 9 octombrie 2006)

La acestea se adaugă lipsa de interes a familiei biologice de a-și vizita copiii, care descurajează tinerii să restabilească legătura și, mai ales, să-și facă planuri care să-i includă pe părinții lor.

> Pe de altă parte, e de înțeles că nu vrea să o vadă [pe mama naturală - *n.n.*]... patru ani să nu o fi văzut? Îi e teamă, îi e frică, probabil că a pierdut legătura, e normal sentimentul ăsta... a spus că bea și fumează și nu-i place... (FG1, asistenți maternali pentru copii de vârstă mare, 9 octombrie 2006)

Uneori, experiențele negative cu familia extinsă diminează și mai mult dorința tânărului de a se întoarce alături de părinți.

> De exemplu, Violeta. Mama ei e în pușcărie. Tatăl ei e mort, mama ei este bolnavă, are o boală, când îi vine, bate, strică. Ea face pușcărie pentru că și-a omorât feciorul, acum vreo 15 ani. Acum în februarie scapă din pușcărie. Și i-a scris fetei că nu are unde să se ducă. Cred că tot eu trebuie să umblu, să o ducem la un cămin, undeva. Ea, mama, este și bolnavă. Fata

nu vrea să o vadă pe mamă-sa niciodată. A mai avut o mătuşă pe la Cernavodă care i-a făcut necazuri. A profitat, că ei au un frate prin America şi el îi dădea Violetei nişte bani. Mătuşa de la Cernavodă a venit, a luat fata în plasament, i-a mâncat toţi banii şi a adus-o în papucii ei aici la cămin. Şi fata de atunci nu a mai vrut să audă de rudele ei. A văzut ce a păţit acolo şi nu o mai vrea nici pe mama ei. I-a zis şi doamna asistentă de aici [asistent social DGASPC - *n.n.*] că trebuie să îi scrie, să o vadă şi ea pe mama ei. Dar dacă mama era violentă cu ea... Va trebui să o ducem pe la un centru, pe undeva, că nu o să pot să o ţin şi pe mamă-sa... (FG1, asistenţi maternali pentru copii de vârstă mare, 9 octombrie 2006)

Ataşamentul dezvoltat faţă de familia de asistenţi maternali poate conduce tânărul către o relaţie stabilă, care să încurajeze continuarea relaţiilor cu aceasta, mai ales în situaţia în care îşi afirmă disponibilitatea de a-l sprijini după ce tânărul nu mai beneficiază de serviciile de protecţie.

El a spus că de la mine nu pleacă. [...] Părinţii mei au casă şi am spus să-i facem şi lui una, i-am arătat noi terenul. El are să strângă bani, şi eu la fel, şi-i punem pe numele meu şi al lui, strângem banii şi are el de cheltuială cât îi trebuie şi să-şi facă o casă. (FG1, asistenţi maternali pentru copii de vârstă mare, 9 octombrie 2006)

Integrarea în comunitate

Din datele culese în cadrul focus-grupului cu asistenţii maternali care au tineri în plasament, observăm că integrarea acestora în comunitate depinde foarte mult de statutul socioeconomic al familiei de îngrijire, care li se transmite acestora. Copiii sunt apreciaţi în comunitate diferenţiat, în funcţie de modul cum este apreciată familia de îngrijire.

Da, vecinii şi-au schimbat felul în care o văd... s-au transformat în bine. La început, ca la început, dar acum este mai bine. Ca şi cum ar face parte din sat, din familie... Ea a avut încredere în ea, a început să aibă încredere în ceea ce face şi în persoana ei şi în cei din jur. (FG1, asistenţi maternali pentru copii de vârstă mare, 9 octombrie 2006)

Uneori, familiile de asistenţă maternală consideră că tinerii îngrijiţi de ei nu trebuie discriminaţi pozitiv în şcoală pentru situaţia lor familială particulară.

Chiar cu diriginta ei. Eram vecini acolo şi-i punea numai note bune. Când o iau la întrebări odată, ea [fata aflată în plasament - *n.n.*] nu ştie nimic. M-am dus la şcoală şi m-am luat de diriginţă: „Dacă mata nu eşti pregătită, nu o laşi nici pe a mea să se pregătească? Mie nu-mi trebuie note, să îmi

treacă clasa. Mie îmi trebuie să văd rezultate. Exact cum am un hectar de pământ. Mie îmi trebuie să iau ceva de pe el, nu să fie buruiană". [...] Ne-am mai certat. „E necăjită, e din plasament"... „Niciodată să nu spuneți că-i necăjită. Cineva la Bacău are grijă de ea, aici am eu grijă de ea și trebuie să o creștem exact ca pe un copil, nu să-i pui note degeaba, că ea știe"... Și ea nu știa nimic. Și se lăsa pe baza aceea, că-i pune diriginta notă și ea nu mai învăța. (FG1, asistenți maternali pentru copii de vârstă mare, 9 octombrie 2006)

Integrarea socioprofesională

Toți asistenții maternali care au participat la focus-grup și-au manifestat disponibilitatea și dorința de a sprijini tinerii în procesul de integrare socio-profesională, iar unii dintre ei considerau chiar că trebuie să facă investiții pentru a sprijini tinerii, ținând cont de dificultățile existente pe piața muncii.

> Acum îți dau diploma în mână după ce termini școala... de unde angajare? Doar suntem cu toții părinți și e greu. Dar noi am vorbit de altele, „lasă că o să te ajutăm noi și o să ducem... Creștem și noi un porc, vindem și noi porcul și ducem și noi acolo"... Suntem de la țară. Ce să facem, așa suntem... (FG1, asistenți maternali pentru copii de vârstă mare, 9 octombrie 2006)

Preocuparea asistentului maternal pentru viitorul tânărului (în continuarea studiilor, lucru care ar face ca acesta să rămână în sistemul de protecție) este afirmată mai ales în cazul în care el are rezultate bune la învățătură. De exemplu, ajutorul pentru construirea unei locuințe a fost remarcat atât în discuțiile cu asistenții maternali, cât și cu tinerii care se află în plasament la aceste familii.

> El să termine școala... dacă termină cu bine liceul, să încerce la o facultate, să-și facă o meserie, că la țară nu găsești loc de muncă... să intre într-un loc de muncă, măcar o cameră să îi facem... Poți să îl scoți așa pe stradă? Nu poți. (FG1, asistenți maternali pentru copii de vârstă mare, 9 octombrie 2006)

Totodată, asistenții maternali își afirmă disponibilitatea de a-i sprijini o vreme pe tineri, până se integrează profesional, mai ales în ceea ce privește cazarea acestora.

> Nu știu... Noi sperăm să intre la o facultate, așa, să intre pe un post după facultate e foarte greu... Nu prea poți, după ce ai terminat o facultate, să intri direct pe post. Ca să rămână o perioadă la noi, asta se poate. Avem camere multe. (FG1, asistenți maternali pentru copii de vârstă mare, 9 octombrie 2006)

Implicarea SPAS în integrarea socioprofesională a tinerilor din sistemul de protecţie

Din discuţiile purtate în etapa de culegere a datelor de teren s-a sesizat faptul că autorităţile locale de la nivelul primăriilor se implică foarte puţin în sprijinirea tinerilor din sistemul de protecţie pentru integrarea lor socioprofesională – mai ales prin oferirea unor locuinţe tranzitorii –, dar această nevoie de implicare este conştientizată de către autorităţile judeţene. Astfel, un program de integrare socioprofesională destinat tinerilor din sistemul de protecţie trebuie să aibă în vedere implicarea primăriilor ca parteneri.

> Aici, în această problemă, şi SPAS cred că ar trebui să aibă o implicare mult mai mare. Ei cunosc cel mai bine ce spaţii de locuit pot să aibă. Şi nu neapărat să fie tânărul din altă localitate. (I6, şef serviciu AMP, 9 octombrie 2006)

Nevoia de formare a personalului pentru integrarea socioprofesională a tinerilor

Faptul că în majoritatea DGASPC nu există servicii specializate pentru integrarea socioprofesională a tinerilor care trebuie să părăsească sistemul de protecţie a condus la o lipsă de interes pentru pregătirea personalului în acest domeniu. De aceea, pentru a se oferi servicii de calitate, se impun atât formarea personalului, cât şi crearea unui serviciu specializat, adaptat nevoilor locale.

> Integrarea socioprofesională a tinerilor este unul dintre punctele slabe ale sistemului, pentru că el a fost gândit până acum în aşa fel, încât să formeze dependenţa copilului de sistem şi, din câte ştiu eu, profesioniştii nu au suficientă experienţă în acest domeniu... Ei nu pun accentul pe integrarea socioprofesională a tânărului pentru că se gândesc că, până la 18 ani, de obicei, rămâne în sistem, şi apoi să se ocupe altcineva de el... nu au desfăşurat programe pe această problematică. (I2, preşedinte ORA, 1 august 2006).

În cadrul DGASPC Bacău s-au organizat cursuri de formare pentru personal, s-au elaborat metodologii şi instrumente de lucru pentru această categorie de beneficiari.

> Şi au fost cursuri în acest sens, au fost oportunităţi, numai că trebuia să fii receptiv, să pregăteşti oameni, să-i perfecţionezi pe acest segment. Există *Manualul deprinderilor independenţe de viaţă*, există un plan care pregăteşte

tânărul de la 16 ani, cu doi-trei ani înainte să părăsească sistemul de protecţie. (I3, director executiv DGASPC, 5 octombrie 2006)

Integrarea socioprofesională a tinerilor şi managementul de caz

La fel ca în celelalte servicii care urmăresc finalităţile PIP, există confuzii cu privire la managementul de caz şi la modalităţile practice de organizare, definiţii diferite ale managerului şi responsabilului de caz. Aceste ambiguităţi au condus la nealocarea de resurse umane destinate serviciilor de integrare socioprofesională a tinerilor. La nivel naţional există 12 manageri de caz şi 50 de responsabili de caz. Aceştia lucrau la 31 mai 2006 pentru 183 de tineri care au fost integraţi profesional.

Tabelul 40. *Repartiţia managerilor/responsabililor de caz pentru tinerii care au fost integraţi profesional la 31 mai 2006*

	Numărul DGASPC	Numărul maxim	Total la nivel naţional
Numărul de tineri integraţi profesional	46	32	183
Numărul de manageri de caz	46	2	12
Numărul de responsabili de caz	46	6	50

Dacă punem în relaţie datele existente în tabelul 40, se observă că, la nivel naţional, media cazurilor în lucru la 31 mai 2006 a fost de 15,25 cazuri/lună pentru un manager şi 3,66 cazuri/lună pentru un responsabil de caz. Aceste informaţii pot fi corelate cu datele furnizate de MC în chestionarele online. Astfel, se poate constata că, la nivel naţional, media cazurilor variază de la un judeţ la altul (în tabel sunt incluse datele oferite de subiecţii care au răspuns la chestionar), iar cea mai ridicată medie se înregistrează la Iaşi (62,5 cazuri pentru un MC) urmată de cea din Neamţ (37,0 cazuri pentru un MC).

Se observă din tabelele 41 şi 42 faptul că există DGASPC care au doar MC pentru integrarea socioprofesională (Alba, Cluj, Galaţi, Iaşi, Maramureş, Neamţ şi Vrancea), altele care au doar responsabili de caz (Bacău, Bucureşti – Sectorul 2, Constanţa, Harghita, Hunedoara, Mehedinţi, Sibiu, Vâlcea, Botoşani, Sălaj şi Vaslui) şi DGASPC care au şi manageri, şi responsabili de caz pentru integrarea socioprofesională a tinerilor care părăsesc sistemul de protecţie (Argeş, Bihor, Bucureşti – Sectorul 4, Buzău, Covasna, Prahova şi Suceava). Acest lucru arată faptul că practica managementului de caz este gestionată foarte diferit de la o instituţie la alta, de la o zonă la alta, în domeniul integrării socioprofesionale a tinerilor care părăsesc sistemul de protecţie.

Tabelul 41. *Media cazurilor în lucru per manager de caz în serviciul de integrare socioprofesională a tinerilor, în 2005*

DGASPC	Media lunară
Alba	11,5
Argeş	6,0
Bihor	2,0
Bucureşti – Sectorul 4	9,0
Buzău	19,0
Cluj	6,0
Covasna	7,5
Galaţi	25,0
Iaşi	62,5
Maramureş	1,0
Neamţ	37,0
Prahova	1,0
Suceava	3,0
Vrancea	15,0

Tabelul 42. *Media cazurilor în lucru per responsabil de caz în serviciul de integrare socioprofesională a tinerilor, în 2005*

DGASPC	Media lunară
Argeş	1,5
Bacău	41,0
Bihor	5,0
Botoşani	1,7
Bucureşti – Sectorul 2	7,3
Bucureşti – Sectorul 4	3,0
Buzău	15,0
Constanţa	3,0
Covasna	2,0
Harghita	1,3
Hunedoara	1,5
Mehedinţi	10,0
Prahova	1,6
Sălaj	9,6
Sibiu	2,0
Suceava	2,0
Vaslui	20,0
Vâlcea	20,0

Analizând datele privind reducerea numărului de copii din sistemul de protecţie în anul 2005 (în centre de plasament, unităţi de tip familial şi asistenţă maternală), observăm că o parte importantă se datorează plecării tinerilor după împlinirea vârstei de 18 ani.

Tabelul 43. *Situaţia plecărilor din sistemul de protecţie în cazul tinerilor care au împlinit 18 ani, în 2005*

DGASPC	Total		Reintegraţi familial		Integraţi profesional	
	Total	Cu dizabilităţi	Total	Cu dizabilităţi	Total	Cu dizabilităţi
Alba	40	27	26	19	14	8
Arad	72	0	59	0	13	0
Argeş	52	0	52	0	6	0
Bacău	50	1	24	1	25	0
Bihor	55	29	17	9	35	20
Bistriţa-Năsăud	38	0	9	0	34	0
Botoşani	72	3	30	2	42	1
Brăila	105	53	47	16	58	37
Bucureşti - Sectorul 1	33	0	2	0	16	0
Bucureşti - Sectorul 2	59	0	0	0	9	0
Bucureşti - Sectorul 3	3	0	1	0	29	0
Bucureşti - Sectorul 4	20	0	10	0	1	0
Bucureşti - Sectorul 5	13	1	57	0	7	0
Bucureşti - Sectorul 6	41	0	4	0	4	0
Buzău	78	40	29	14	49	26
Caraş-Severin	58	0	49	0	5	0
Călăraşi	51	8	39	3	8	3
Cluj	64	10	27	0	32	7
Constanţa	101	37	66	16	27	1
Covasna	88	10	4	2	46	3
Dâmboviţa	121	33	3	0	8	0
Dolj	3	0	0	0	2	0
Galaţi	42	0	17	0	35	0
Giurgiu	52	6	0	0	1	0
Gorj	22	15	17	10	18	1
Harghita	48	4	5	1	33	1
Hunedoara	68	5	48	3	20	2

Ialomiţa	42	5	34	0	5	0
Iaşi	417	171	346	164	49	4
Ilfov	14	0	13	0	1	0
Maramureş	28	0	13	0	15	0
Mehedinţi	29	7	0	0	16	6
Mureş	163	0	163	0	0	0
Neamţ	34	0	26	0	23	0
Olt	21	0	75	12	6	0
Prahova	9	6	35	0	4	0
Satu Mare	15	2	15	2	10	0
Sălaj	26	2	6	2	9	2
Sibiu	73	13	19	10	54	3
Suceava	137	42	36	22	0	0
Teleorman	80	27	80	27	0	0
Timiş	95	0	0	0	95	0
Tulcea	63	26	4	2	54	2
Vaslui	170	100	90	38	21	17
Vâlcea	124	17	119	18	5	0
Vrancea	56	15	56	15	11	3
Total	**3.045**	**715**	**1.772**	**408**	**955**	**147**

După cum se poate observa din tabelul 43, numărul total al tinerilor care au părăsit sistemul de protecţie este de 3.045, dintre care 715 sunt cu dizabilităţi. În cursul anului 2005, numărul copiilor din instituţii a scăzut cu 3.830, în schimb a crescut cu 1.988 numărul celor din unităţi de tip familial şi al celor din asistenţă maternală. Practic, în anul 2005, numărul minorilor din sistemul de protecţie a copilului a scăzut cu 907, la nivel naţional. În cea mai mare parte, cifrele se explică şi prin ieşirea din sistem a tinerilor care au împlinit 18 ani. Pentru a uşura lectura datelor, prezentăm în continuare evoluţia numărului de copii aflaţi într-o formă de protecţie (rezidenţială şi asistenţă maternală) în anul 2005.

Tabelul 44. *Evoluţia numărului de copii aflaţi în sistemul de protecţie în anul 2005*

	1 ianuarie 2005	31 decembrie 2005	Diferenţa
În centre de plasament	19.509	15.679	- 3.830
În unităţi de tip familial	6.094	7.029	935
În asistenţă maternală	15.201	17.189	1.988
Total la nivel naţional	**40.804**	**39.897**	**- 907**

Astfel, dintre cei 3.236 de copii reintegraţi familial în anul 2005, 1.772 au împlinit vârsta de 18 ani sau şi-au terminat studiile (ceea ce înseamnă 55% dintre cei care au părăsit sistemul de protecţie)..

Tabelul 45. *Situaţia reintegrărilor familiale în anul 2005, din diferite forme de protecţie a copilului*

	Numărul copiilor reintegraţi familial
Din centre de plasament	2.018
Din unităţi de tip familial	504
Din asistenţă maternală	714
Total la nivel naţional	**3.236**

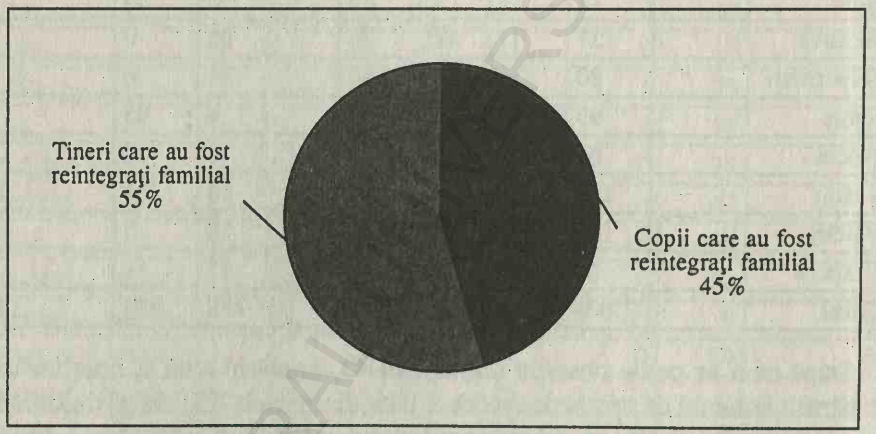


Figura 6. *Structura cazurilor de reintegrare familială în anul 2005, din centre de plasament, unităţi de tip familial şi asistenţă maternală*

Practic, din datele oferite de DGASPC se poate observa o tendinţă de conservare a sistemului într-o dinamică internă, dar cu o constanţă în ceea ce priveşte numărul copiilor din sistemul de protecţie. Faptul că mai mult de jumătate din numărul copiilor despre care se susţine că au fost reintegraţi familial au depăşit vârsta de 18 ani sau şi-au terminat studiile şi s-au întors în familie (vezi figura 6) arată faptul că majoritatea ieşirilor din sistemul de protecţie se fac pe „cale naturală", adică prin împlinirea vârstei-limită până la care tinerii pot beneficia de serviciile sistemului, şi nu datorită intervenţiilor iniţiate şi susţinute de instituţiile de protecţie.

Capitolul 7

Consideraţii privind utilizarea managementului de caz în protecţia copilului

Înţelegerea managementului de caz în DGASPC

Odată cu introducerea managementului de caz ca metodă de intervenţie şi de coordonare a activităţii de protecţie a copilului şi odată cu aplicarea standardelor în ceea ce priveşte PIP şi PS au apărut diverse practici locale. De aceea, este necesară elaborarea unui ghid metodologic care să propună interpretări ale standardelor minime obligatorii, ce pot să genereze practici unitare în domeniul managementului de caz. Cele mai multe ambiguităţi sunt legate de cele două noţiuni de manager de caz şi responsabil de caz.

> Nu este înţeleasă noţiunea de manager de caz şi de aceea apar multe confuzii. Se confundă managerul de caz cu responsabilul care se ocupă de caz. Asta ţine de pregătirea celui care interpretează... standardele nu sunt foarte accesibile fiecăruia şi trebuie făcută o pregătire, o întâlnire, să se discute cum interpretează sau cum înţelege fiecare. Trebuie clarificate anumite sensuri şi după aceea trebuie stabilită o regulă pe baza căreia să trecem la treabă. (I3, director executiv DGASPC, 5 octombrie 2006)

Managementul de caz provoacă *interpretări diferite*. În sistemul de protecţie a copilului există o stare de confuzie şi frustrare, mai ales în situaţia în care personalul din sistem nu operează cu aceleaşi definiţii atunci când se raportează la managementul de caz.

> Sunt foarte mulţi cei care dau o altă interpretare, se discută pe la colţuri, pentru că nu au curajul să recunoască faptul că nu înţeleg... (I3, director executiv DGASPC, 5 octombrie 2006)

Aplicarea managementului de caz conform standardelor presupune, aşa cum am precizat mai devreme, elaborarea unei metodologii unitare, explicative şi aplicative în contextul actual al protecţiei copilului, care să ţină seama de evoluţia viitoare şi intenţionată a sistemului.

> Pentru îmbunătăţirea managementului de caz ar trebui să existe o metodologie de lucru cât mai unitară şi foarte bine înţeleasă de către toate judeţele. Noi, dacă ne-am hotărât să fie management de caz, să fie acelaşi aplicat pentru toate judeţele. (I6, şef serviciu AMP, 9 octombrie 2006)

Ghidul metodologic aşteptat de personalul din sistemul de protecţie a copilului este văzut ca un instrument care organizează procedurile de lucru pentru diversitatea cazurilor întâlnite şi care clarifică rolurile şi responsabilităţile managerului şi ale responsabilului de caz.

> Un ghid legat de managementul de caz ar trebui să aibă propria lui metodologie de aplicare. Din momentul în care fiecare compartiment şi fiecare serviciu din cadrul unei direcţii lucrează conform managementului de caz, procedura să fie clară. Începând de la sesizare, până la referirea sau la alocarea cazului de către o altă instituţie. (I6, şef serviciu AMP, 9 octombrie 2006)

Metodologia trebuie diseminată la toate nivelurile, începând cu cel al directorilor DGASPC, până la cel al asistenţilor sociali.

> Oamenii au nevoie de pregătire pentru managementul de caz. Păi, fără o pregătire completă şi făcută fără o metodologie... Trebuie organizate întâniri şi traininguri până când va înţelege toată lumea. Chiar dacă asistentul social are o vechime cinci ani şase ani, chiar dacă este foarte bine pregătit, psihologul tot are nevoie de pregătire. Chiar şi noi, care coordonăm serviciile, avem nevoie de clarificări. Una este când ştiu foarte bine ce trebuie făcut, pot să îi spun omului meu din serviciu pe care-l coordonez „de aici faci tu, aici închizi cazul, de aici încolo îl ia alt serviciu". (I6, şef serviciu AMP, 9 octombrie 2006)

Numărul managerilor de caz din DGASPC

Conform standardelor privind managementul de caz, fiecare copil aflat într-o formă de protecţie trebuie să aibă desemnat un MC care să evalueze detaliat situaţia, să elaboreze PIP, să supravegheze modul în care responsabilii de caz

urmăresc atingerea finalităţilor. Dacă luăm în calcul datele la nivel naţional, observăm că în sistem există aproximativ 40.000 de copii pentru care lucrează un număr de 441 de MC (vezi tabelul 46). Aceasta înseamnă că, în medie, un manager de caz instrumentează aproximativ 91 de cazuri/lună. Această medie arată un grad foarte ridicat de încărcare a activităţii zilnice. Pe de altă parte, există direcţii unde, în momentul realizării studiului, nu existau MC (Botoşani, Bucureşti – Sectorul 1, Bucureşti – Sectorul 6, Constanţa, Galaţi, Hunedoara, Maramureş, Olt, Prahova, Sălaj, Sibiu, Timiş, Tulcea, Vaslui şi Vâlcea), chiar dacă participanţii la studiul prin chestionarul online s-au identificat ca fiind MC.

Tabelul 46. *Repartiţia numărul de manageri de caz pe DGASPC*

DGASPC	Manageri de caz cu diplomă de licenţă în asistenţă socială	Manageri de caz cu alte specializări	Total
Alba	32	4	36
Arad	5	3	8
Argeş	1	0	1
Bacău	12	15	27
Bihor	12	0	12
Bistriţa-Năsăud	6	2	8
Botoşani	0	0	0
Brăila	10	11	21
Bucureşti – Sectorul 1	0	0	0
Bucureşti – Sectorul 2	10	7	17
Bucureşti – Sectorul 3	1	0	1
Bucureşti – Sectorul 4	4	4	8
Bucureşti – Sectorul 5	7	2	9
Bucureşti – Sectorul 6	0	0	0
Buzău	26	0	26
Caraş-Severin	15	0	15
Călăraşi	8	14	22
Cluj	20	0	20
Constanţa	0	0	0
Covasna	3	0	3
Dâmboviţa	3	3	6
Dolj	0	2	2
Galaţi	0	0	0
Giurgiu	1	3	4

Gorj	3	18	21
Harghita	4	2	6
Hunedoara	0	0	0
Ialomiţa	2	24	26
Iaşi	27	13	40
Ilfov	3	5	8
Maramureş	0	0	0
Mehedinţi	4	0	4
Mureş	9	9	18
Neamţ	14	9	23
Olt	0	0	0
Prahova	0	0	0
Satu Mare	2	3	5
Sălaj	0	0	0
Sibiu	0	0	0
Suceava	11	5	16
Teleorman	5	19	24
Timiş	0	0	0
Tulcea	0	0	0
Vâlcea	0	0	0
Vaslui	0	0	0
Vrancea	2	2	4
Total	**262**	**179**	**441**

Numărul mare de cazuri sau lipsa resurselor umane specializate fac ca standardele minime obligatorii să nu poată fi îndeplinite nici în ceea ce priveşte managementul de caz, nici în ceea ce priveşte celelalte practici condiţionate şi strâns legate de managementul de caz. Din punctul nostru de vedere, managementul de caz, ca metodă, reprezintă „coloana vertebrală" a întregului sistem de protecţie şi a modului în care sunt conectate între ele serviciile sociale destinate copilului şi familiei sale.

> Nu reuşim să respectăm standardul de calitate, chiar dacă el a fost revizuit, să zicem. Dar toate celelalte standarde aplicate sunt influenţate sau pleacă de la modul în care este pus în practică standardul privind managementul de caz... Nu sunt suficiente persoane care să îndeplinească cerinţa de a fi manager de caz. De aici pleacă toate celelalte probleme, pentru că orice standard am lua, ajungem mai devreme sau mai târziu tot la managementul de caz. (I3, director executiv DGASPC, 5 octombrie 2006)

În sistemul de protecţie a copilului, în momentul evaluării serviciilor de protecţie şi practicilor în managementul de caz existau aproximativ 40.000 de copii în diferite forme de protecţie (asistenţă maternală, centre de plasament şi unităţi de tip familial). Dacă urmărim tabelul 47, observăm că există aproximativ 10.000 de copii din sistemul de protecţie a copilului pentru care DGASPC nu au desemnat MC.

Tabelul 47. *Numărul de copii care au desemnaţi manageri şi responsabili de caz în perioada 1 decembrie 2005 - 31 mai 2006*

	Numărul DGASPC respondente	Total
Numărul copiilor aflaţi în evidenţa DGASPC pentru care au fost numiţi manageri de caz	46	30.222
Numărul copiilor aflaţi în evidenţa DGASPC pentru care au fost numiţi responsabili de caz	46	44.012
PIP întocmite	46	50.943

Tot din tabelul 47 putem observa că, la nivel naţional, s-au elaborat 50.943 de PIP în perioada 1 decembrie 2005 - 31 mai 2006, ceea ce înseamnă o medie de 8.490,5 PIP realizate lunar, care, raportate la numărul MC din sistemul de protecţie, ar ilustra o medie de 20,5 PIP întocmite lunar de către un MC.

Procedura de desemnare a managerilor/responsabililor de caz

Analiza datelor culese prin aplicarea fişei instituţiei adresate conducerii DGASPC şi prin completarea online a chestionarelor adresate managerilor şi responsabililor de caz arată că, deşi la nivel oficial nu s-a făcut o desemnare a MC, în DGASPC mulţi specialişti se consideră a fi MC. În cadrul eşantionului observăm că aproximativ 35,6% dintre cei care se consideră MC nu au primit o însărcinare oficială în acest sens, chiar dacă ei consideră că întrunesc condiţiile. Aici trebuie să subliniem faptul că, în procesul de culegere a datelor, s-a surprins această *tendinţă de identificare a MC în raport cu nivelul de pregătire a persoanelor*, şi nu cu responsabilităţile asociate acestei poziţii profesionale şi cu practica managementului de caz, aceasta fiind deseori surprinsă în retorica asistenţilor sociali drept o titulatură ce vădeşte recunoaşterea nivelului de pregătire şi a experienţei în domeniul protecţiei copilului. Pe de altă parte, 96,6% dintre responsabilii de caz nu au primit o desemnare oficială.

Datele acestea arată că, de fapt, în sistemul de protecţie a copilului există resurse umane care pot fi gestionate şi redistribuite în funcţie de urmărirea

Tabelul 48. *Desemnarea oficială a managerilor și responsabililor de caz*

Poziția	Răspuns	Numărul respondenților	%
Manager de caz	Da	132	64,4
	Nu	73	35,6
	Total	**205**	**100,0**
Responsabil de caz	Da	11	3,4
	Nu	313	96,6
	Total	**324**	**100,0**

finalităților PIP. Chiar dacă în unele DGASPC au fost desemnați MC, acest lucru este doar formal, organizarea și gestionarea intervenției nefiind structurate de un management de caz real.

> Printr-o dispoziție, am desemnat manageri de caz. Da, dar vreau să vă spun că eu consider asta o simplă formalitate, așa, în forma în care am făcut-o noi. Managerul de caz a delegat responsabilului de caz o serie de atribuții pentru că, în conformitate cu legea, manageri de caz nu pot fi decât câteva categorii de persoane foarte stricte. (I5, director executiv adjunct DGASPC, 13 octombrie 2006)

Simpla desemnare a MC nu presupune automat o eficientizare a activității în domeniul protecției copilului. Dincolo de aceasta, este necesară pregătirea personalului conform standardelor minime obligatorii:

> Eu am numit un manager de caz pentru copii, dar chestiunea nu merge cum ar trebui, pentru că nu există pregătirea profesională corespunzătoare. (I4, director executiv DGASPC, 6 octombrie 2006)

Evaluarea detaliată a cazului

Elaborarea PIP este un rezultat al evaluării detaliate a situației cazului. Aceste activități sunt realizate de către MC. Media națională a timpului alocat de managerul/responsabilul de caz pentru realizarea evaluării detaliate este de 17,7 zile, iar perioada cea mai lungă necesară acestui proces este de 120 de zile. Totodată, există DGASPC care reușesc să realizeze evaluarea detaliată a cazului în mai puțin de 17 zile, iar acest lucru se explică prin nivelul ridicat de pregătire profesională a MC.

> Faptul că durata până la realizarea evaluării detaliate este relativ mică în comparație cu alte județe se explică și prin profesionalismul celor care lucrează. Putem spune că în cadrul DGASPC am reușit nu numai să

selectăm, să formăm personalul, ci şi să-l perfecţionăm. Şi toţi managerii de caz au studii superioare. (I3, director executiv, DGASPC, 5 octombrie 2006)

Tabelul 49. *Timpul mediu necesar pentru finalizarea raportului de evaluare detaliată la nivel naţional*

	Numărul de respondenţi	Numărul maxim de zile	Media pe zile
Timp mediu necesar (zile)	529	120,0	17,7

Din analiza datelor oferite de către managerii şi responsabilii de caz prin intermediul chestionarului online, observăm diferenţe semnificative între numărul maxim de zile şi cel mediu la nivelul unei DGASPC, ceea ce reprezintă, pe de o parte, un indicator al diversităţii cazurilor, iar pe de altă parte, un indicator al unor practici neuniforme. Diferenţele dintre judeţe în ceea ce priveşte valorile maxime şi minime ale duratei alocate evaluării detaliate pun sub semnul întrebării modalităţile de atingere a standardelor privind managementul de caz şi repartizarea cazurilor către MC. Astfel, întâlnim DGASPC cu valori medii ridicate (Brăila, cu o medie de 42,2 zile, sau Constanţa, cu o medie de 40,0 zile necesare pentru realizarea evaluării detaliate), dar şi DGASPC cu valori medii foarte mici (Satu Mare, cu 1,0 zile, Ilfov, cu 1,9 zile, Dâmboviţa, cu o medie de 3,3 zile şi Giurgiu, cu 3,5 zile), fapt care ar trebui analizat contextual, pentru fiecare DGASPC în parte. În acelaşi timp, observăm că 21,6% dintre respondenţi realizează evaluarea detaliată în cel mult 30 zile.

Tabelul 50. *Timpul mediu necesar pentru finalizarea raportului de evaluare detaliată de la deschiderea cazului la nivelul DGASPC*

Judeţul	Numărul de respondenţi	Numărul maxim de zile	Media pe DGASPC
Alba	4	60,0	22,7
Arad	9	90,0	25,7
Argeş	15	30,0	14,1
Bacău	27	40,0	11,9
Bihor	27	90,0	14,4
Bistriţa-Năsăud	3	3,0	3,0
Botoşani	16	28,0	13,5
Braşov	3	30,0	26,7
Brăila	12	60,0	42,2
Bucureşti - Sectorul 1	8	90,0	34,2
Bucureşti - Sectorul 2	7	60,0	14,3
Bucureşti - Sectorul 3	16	30,0	30,0
Bucureşti - Sectorul 4	15	30,0	9,8
Bucureşti - Sectorul 5	1	30,0	30,0

Bucureşti – Sectorul 6	3	60,0	23,6
Buzău	12	30,0	13,0
Călăraşi	10	90,0	13,6
Caraş-Severin	13	30,0	17,7
Cluj	14	90,0	38,9
Constanţa	16	90,0	40,6
Covasna	14	60,0	20,1
Dâmboviţa	16	14,0	3,3
Dolj	23	30,0	11,9
Galaţi	1	14,0	14,0
Giurgiu	2	7,0	3,5
Gorj	10	60,0	20,2
Harghita	26	60,0	17,3
Hunedoara	12	22,0	7,6
Iaşi	22	60,0	9,0
Ilfov	4	5,0	1,9
Maramureş	3	14,0	8,0
Mehedinţi	19	60,0	12,4
Mureş	13	120,0	19,5
Neamţ	7	20,0	14,9
Olt	7	60,0	35,3
Prahova	24	30,0	8,2
Satu Mare	2	2,0	1,0
Sălaj	12	60,0	18,3
Sibiu	8	15,0	8,6
Suceava	17	60,0	22,9
Teleorman	3	30,0	14,7
Timiş	6	30,0	23,5
Tulcea	12	30,0	22,2
Vaslui	15	60,0	22,1
Vâlcea	9	30,0	13,0
Vrancea	11	90,0	26,9

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Datele generale privind activitatea managerilor/responsabililor de caz

Pentru analiza activităţii managerilor şi responsabililor de caz, putem lua în discuţie nu numai numărul de cazuri la care aceştia lucrează lunar, ci şi activităţile desfăşurate. Astfel, pentru a avea o imagine cât mai apropiată de realitatea din teren, am solicitat date despre ultima lună încheiată de către aceştia, respectiv luna mai 2006. În acel interval se observă că s-au realizat, în medie, pe manager sau responsabil de caz câte 8,2 rapoarte de evaluare iniţială şi 10,5 rapoarte de evaluare detaliată. La nivel naţional s-au întocmit 5.647 de PIP, ceea ce înseamnă 12,8 PIP pentru un MC. În aceeaşi lună s-au realizat la nivel naţional 7.226 de rapoarte de monitorizare şi reevaluare, iar respondenţii chestionarului au participat, în medie, la 7,6 întâlniri ale echipei care implementează PIP, ceea ce înseamnă o frecvenţă bisăptămânală a întâlnirilor.

Tabelul 51. *Date cu privire la activitatea din luna mai 2006*

Activităţi desfăşurate	Numărul de respondenţi	Total la nivel naţional	Media naţională
Rapoarte de evaluare iniţială	316	2.604	8,2
Rapoarte de evaluare detaliată	372	3.927	10,5
PIP întocmite	438	5.647	12,8
Rapoarte de monitorizare şi reevaluare	393	7.226	18,3
Cazuri închise	260	1.178	4,5
Întâlniri ale membrilor echipei care implementează PIP	378	1.178	7,6

În datele furnizate de către directorii DGASPC şi de către managerii şi responsabilii de caz din cadrul aceleiaşi instituţii apar o serie de inconsistenţe. Chiar dacă la nivelul directorilor DGAŞPC se consideră că managerii şi responsabilii de caz sunt supraîncărcaţi profesional, din datele furnizate de personalul angajat nu reiese acelaşi lucru.

> Uneori, ca număr de cazuri, au faţă de standarde chiar dublu, şi chiar mai mult... de aceea, nu putem să respectăm în totalitate standardele, oamenii sunt supraîncărcaţi... (I3, director executiv DGASPC, 5 octombrie 2006)

O explicaţie a acestei diferenţe dintre modul în care percep directorii şi personalul volumul de muncă pentru fiecare dintre managerii şi responsabilii de caz este legată de modul în care persoanele implicate în intervenţie interpretează un caz activ. Există tendinţa ca personalul să ia în considerare doar cazurile pentru care s-au desfăşurat activităţi în luna respectivă, iar restul să fie

considerate inactive. Mai mult decât atât, mulţi dintre cei chestionaţi online au cazuri diverse şi oferă servicii diferitelor categorii de copii (lucrează pe asistenţă maternală, au cazuri de plasamente în familia lărgită şi oferă servicii pentru familiile adoptive etc.). De aceea, pentru eficientizarea intervenţiei, eficientizare exprimată în reducerea duratei de şedere a copilului într-o formă de protecţie, se impun o specializare a personalului şi o dimensionare organizaţională în funcţie de nevoile locale, adaptate finalităţilor PIP.

> La mine, la Serviciul Alternative, aproape toţi au şi asistenţi maternali sau copii din reţeaua de asistenţi maternali. Lor li se adaugă cazurile noi. E foarte posibil ca unii dintre ei să nu fi conştientizat ce înseamnă cazuri active. Unii înţeleg prin cazurile active cazurile pe care acum le deschid, şi nu pe cele deschise şi pe care le au în continuare în gestiune. Am avut discuţii pe tema aceasta: de exemplu, dacă a făcut un plasament familial care trebuie evaluat la trei luni şi acum l-a terminat, acela nu mai e un caz activ. (I4, director executiv DGASPC, 6 octombrie 2006)

Realizarea planurilor individualizate de protecţie

PIP este un instrument care organizează întreaga activitate a managerilor şi responsabililor de caz, urmărindu-se în mod prioritar finalităţile acestuia, iar utilitatea sa a fost sesizată de către personalul care-l foloseşte.

> Eu cred că [PIP] este un instrument foarte bun de lucru, pentru că munceşti mai organizat. Ştii ce obiective ai de atins, ţi le urmăreşti, îţi dai anumite termene, nu ai reuşit să respecţi acele termene, la revizuirea PIP trebuie să vezi ce obiective ai atins şi ce nu ai atins, şi ai un mod ordonat de lucru. E drept că e foarte mult de scris. (FG5, manageri şi responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

Există şi un risc sesizat în utilizarea PIP: acela de multiplicare a unui şablon, a unui formular, fără să se ţină seama de particularităţile cazului.

> Eu nu pot acum să arăt cu degetul sau să trag neapărat o concluzie, dar tare mi-e mie teamă că dacă luăm pentru 10-20 de copii planurile individualizate de protecţie, seamănă perfect... le-au tras la xerox. (I1, preşedinte ANPDC, 1 august 2006)

> Pentru mine, vă spun sincer, PIP şi toate hârtiile ulterioare care au apărut ne-au transformat într-un fel de scriptologi. Stăm la birou şi scriem ce făceam înainte. Înainte făceam asistenţă socială de teren, eram acolo şi rezolvam problema local. Ne implicam mai mult. Cel puţin aşa văd eu

lucrurile. Acum suntem mai superficiali, nu avem timp să scriem aceste hârtii şi atunci, de multe ori, suntem superficiali şi este rău. Copiii au început să crească, există un conflict între generaţii, între bunici şi copii, şi noi trebuie să stăm mai mult între ei decât la birou. Scriem ce facem. (FG5, manageri şi responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

Dincolo de volumul mare de muncă legat de evaluarea detaliată şi de elaborarea PIP există şi dificultăţi generate de înţelegerea diferită a importanţei şi rolului planului în organizarea intervenţiei la nivel individual. Uneori, elaborarea PIP este considerată o muncă suplimentară pentru managerii şi responsabilii de caz.

[Pentru îmbunătăţirea modalităţii de implementare a PIP - *n.n.*] în primul rând oamenii trebuie să înţeleagă ce înseamnă PIP. Ei [managerii şi responsabilii de caz - *n.n.*] nu înţeleg ce înseamnă PIP şi la ce foloseşte el... am primit şi noi odată un PIP din care uitase să şteargă numele [copilului - *n.n.*] sau nu ştiu ce. În primul rând, ca să poată să lucreze un PIP, trebuie să înţeleagă la ce-i bun... altfel i se pare inutil şi-şi simplifică activitatea şi nu-l mai fac... îl trag la copiator. (I2, preşedinte ORA, 1 august 2006)

Pentru evitarea întârzierilor în elaborarea PIP, o soluţie ar fi implicarea responsabililor de caz din cadrul primăriilor, fapt care demonstrează, încă o dată, ambiguităţile în ceea ce priveşte rolurile diferite ale MC, RCP şi responsabilului cu implementarea PIS. Managementul de caz reprezintă o metodă de organizare şi intervenţie care poate lămuri sarcinile diferite ale MC şi pe cele ale responsabililor de caz, indiferent de serviciile în care lucrează. În plus, copiii aflaţi în serviciile de prevenire nu au desemnaţi MC, ci doar RCP la nivelul primăriei. Aceştia, la rândul lor, sunt doar coordonaţi metodologic de către un MC din cadrul DGASPC.

Se întâmplă să rămânem în urmă cu completarea planului individualizat de protecţie. Nu prea le facem la timpul stabilit, se întâmplă uneori să le facem şi cu întârziere [...]. Poate ar merge mult mai bine treaba dacă s-ar implica şi responsabilii de caz pentru prevenire de la nivelul autorităţilor locale. Noi pornim de la o sesizare, nu ne vine planul de servicii, de asta se întârzie foarte mult, nu putem să ne încadrăm în termenul prevăzut în lege de 30 de zile, se depăşesc termenele foarte mult. (FG5, manageri şi responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

Elaborarea PIP, dincolo de faptul că este percepută de către cei care o realizează ca pe un act birocratic, este în acelaşi timp considerată de către şefii de serviciu drept o constrângere pentru completarea dosarului ce trebuie depus în comisie sau în instanţă.

> Nu ştiu dacă a modificat sau a adus schimbări în activitate... Planul individualizat de protecţie până la urmă îl faci în urma activităţilor pe care le desfăşori în teren. (FG5, manageri şi responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

> Asistentul social, psihologul sau juristul ştiu că trebuie să facă planul individualizat. Altfel, nu-i primeşte dosarul la Comisie [Comisia pentru Protecţia Copilului – *n.n.*]. Nu-i primeşte dosarul, şi atunci îl face. Până ajunge cazul în instanţă, până apare ancheta socială, până apar părerea primăriei, părerea celui care lucrează pe caz... (I6, şef serviciu AMP, 9 octombrie 2006)

Chiar dacă elaborarea PIP este văzută de către managerii şi responsabili de caz ca o activitate fără rezultate, la nivelul managementului DGASPC pare să existe un alt discurs, care nuanţează utilizarea PIP şi argumentează efectele pe care le are.

> Sunt situaţii în care lunar se reevaluează situaţia lui [planului individualizat de protecţie – *n.n.*] şi se aduc îmbunătăţiri, să se vadă ce obiective au fost atinse, ce nu a mers, să se schimbe, eventual, anumite proceduri, anumite metode de aplicare. Poate au intervenit aspecte noi şi el trebuie îmbunătăţit... (I3, director executiv DGASPC, 5 octombrie 2006)

> În momentul în care fac un plan individualizat de protecţie, în momentul acela pun în centrul activităţii un individ şi încerc să determin toate elementele prin care acel individ trebuie ajutat să se dezvolte. Să se dezvolte personal, să se dezvolte corelaţional, să se dezvolte din punctul de vedere al integrării în societate. Eu cred că planurile individualizate de protecţie sunt extrem de importante, în măsura în care sunt foarte bine documentate, în măsura în care se cunosc foarte bine necesităţile copilului, în măsura în care se determină pentru fiecare copil elementele a căror dezvoltare a avut de suferit în ultima perioadă şi care ar putea fi elementele care ar putea să conducă la o dezvoltare dezechilibrată a acestuia. (I4, director executiv DGASPC, 6 octombrie 2006)

După cum se poate vedea din tabelul 52, elaborarea PIP se face în maniere diferite în cadrul DGASPC. Astfel, în 20% dintre răspunsurile oferite de respondenţii la chestionarul online, se afirmă că un PIP este elaborat de MC, iar în 44,2% este elaborat de manager împreună cu echipa multidisciplinară. Întocmirea PIP devine o activitate ineficientă şi lipsită de consistenţă în momentul în care este realizată de către întreaga echipă multidisciplinară, iar responsabilitatea este difuză (35,5% dintre respondenţi). Într-un singur caz, PIP sunt elaborate de către şeful de serviciu.

Tabelul 52. *Date cu privire la activitatea din luna mai 2006*

Cine întocmeşte planul individualizat de protecţie	Numărul respondenţilor	%
Managerul de caz	106	20,0
Managerul de caz împreună cu echipa multidisciplinară	234	44,2
Membrii echipei multidisciplinare	188	35,5
Şeful de serviciu	1	0,2
Total	**529**	**100,0**

În serviciul de adopţie nu există MC care să elaboreze PIP, ci sunt doar urmărite recomandările şi implementarea acestuia.

> De fapt, cei de la adopţii nici nu fac planuri individualizate de protecţie. Ei numai urmăresc una dintre finalităţile planurilor. (I5, director executiv adjunct DGASPC, 13 octombrie 2006)

Alte efecte ale aplicării managementului de caz în protecţia copilului sunt legate de utilizarea PS la nivelul primăriilor pentru cazurile de prevenire şi desemnarea responsabililor de caz de la nivelul acestor instituţii. Există unele aspecte care trebuie clarificate, mai ales în privinţa relaţiilor dintre MC din cadrul DGASPC şi responsabilul de caz de la nivel local. Din punctul nostru de vedere, MC din cadrul DGASPC are doar un rol de coordonator şi îndrumător metodologic, iar cazurile de prevenire sunt instrumentate de responsabilul de caz de la nivel local, desemnarea acestuia fiind făcută de către primar.

Finalităţile planurilor individualizate de protecţie

Sistemul de protecţie a copilului încă nu a încorporat noile prevederi legislative legate de managementul de caz, iar practica nu se ghidează suficient după acestea. Concret, dincolo de confuziile care se fac între managerul şi responsabilul de caz, s-a descoperit o necunoaştere a finalităţilor PIP de către respondenţii la chestionarul online, fapt care generează multe disfuncţii şi ineficienţă în practica managementului de caz. Din analiza datelor oferite de către respondenţii la chestionar, observăm că 46,3% dintre ei au indicat şi alte finalităţi care se regăsesc în PIP şi pe care le urmăresc în activitate. Deşi nu sunt conforme cu standardele minime obligatorii privind managementul de caz, le voi prezenta pentru a avea o imagine a modului în care se construiesc scopurile intervenţiilor şi în care acestea antrenează practici organizaţionale care pun sub semnul întrebării eficienţa managementului de caz, dar se regăsesc în practică:

- includerea copilului şi a familiei într-un program de consiliere psihologică;
- transferul copilului la o altă şcoală;

- plasamentul într-o unitate de tip familial;
- plasamentul la AMP;
- plasamentul într-un centru de tip rezidenţial;
- integrarea şcolară a copilului cu deficienţe de auz/de vedere;
- socializarea prin participarea la activităţi diverse cu grupul de egali;
- integrarea/menţinerea plasamentului (pentru cazurile sub 18 ani pentru care nu există posibilitatea reintegrării în familie);
- orientarea şcolară la o şcoală specială şi plasamentul la bunici;
- plasamentul la o casă de tip familial;
- plasamentul către o instituţie din judeţul de domiciliu;
- transferul de la un asistent maternal la altul;
- transferul în judeţul de reşedinţă;
- menţinerea măsurii de plasament la o casă de tip familial sau la un centru de tip rezidenţial;
- menţinerea legăturilor cu familia;
- reabilitarea comportamentală a copilului care a săvârşit o faptă penală şi care nu răspunde penal;
- prevenirea repetării comportamentului deviant;
- frecventarea cursurilor şcolare;
- evitarea separării copilului de familie;
- externarea din centrul rezidenţial pentru persoane cu handicap şi plasamentul la asistentul maternal;
- îmbunătăţirea rezultatelor şcolare;
- participarea la diferite activităţi de tip ludic;
- activităţile recreative cu finalitate practică etc.

La nivelul focus-grupurilor, managerii şi responsabilii de caz au identificat cele trei finalităţi posibile ale PIP, respectiv reintegrarea familială, adopţia şi integrarea socioprofesională a tinerilor cu vârste de peste 18 ani, dar ele sunt considerate de către aceştia drept restrictive, întrucât există situaţii în care niciuna dintre aceste finalităţi nu poate fi urmărită.

> Cele trei finalităţi ale planului ne restricţionează foarte mult... La asta avem foarte multe probleme, chiar ne bucură această întâlnire, că poate ne clarificăm şi noi şi poate de jos în sus pleacă nişte semnale de la DGASPC. Sunt situaţii în care nu poţi să stabileşti ca finalitate a PIP reintegrarea [în familia biologică – *n.n.*] pentru că mama este bolnavă psihic, copilul are probleme de sănătate, poate tot psihice, bunica la care se află în plasament este bătrână şi nu ai altă posibilitate decât, poate, adopţia. Şi putem să ne gândim: poate bunica să adopte acel copil bolnav? Ce-i oferă mai târziu? În plan ai prea puţine variante: integrare, adopţie şi reintegrarea socioprofesională a celor care au împlinit 18 ani. Dar ce facem cu cei care au 11, 12 ani şi sunt cazuri cu handicap. (FG5, manageri şi responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

Caracterul restrictiv al acestor trei finalităţi este susţinut de către managerii şi responsabilii de caz prin exemple ale unor cazuri specifice:

> Noi nu putem să scriem [în PIP - *n.n.*] reintegrarea în familie, pentru că nu este posibilă şi ştim că mama nu se mai face bine sau avem un copil care-i în fază terminală, doctorii i-au mai dat un an de trăit. Are nu ştiu ce sindrom şi atunci ce-i faci copilului? Mama este încadrată şi ea în gradul I de handicap şi o ştim foarte bine, locuieşte cu copilul şi ştim care sunt problemele, nu putem să scriem „reintegrare", dar nici „adopţie". Şi nici „reintegrare socioprofesională"... (FG5, manageri şi responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

> Avem o listă separată cu copiii adoptabili, am făcut să ne fie mai uşor să-i urmărim. Altă listă cu copii adoptabili cu handicap grav, pe care nu-i vrea nimeni. Vedeţi bine, din listele familiilor atestate reiese că toţi caută copii sănătoşi, nimeni nu vrea copii cu handicap. Or, noi le tot deschidem procedurile de adopţie, ca să respectăm termenele din lege. Nu se fac discriminări. I-a expirat după un an, e redeschis. Dar cine mi-l cere în adopţie? Nici chiar bunicii, pentru că ei devin asistenţi personali. (FG5, manageri şi responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

Managementul de caz şi organigrama DGASPC

Introducerea managementului de caz ca practică de structurare a intervenţiei în protecţia copilului reprezintă o noutate în România, iar aplicarea acestuia conform standardelor presupune o reconfigurare a structurii organizaţionale a DGASPC.

> Sunt nişte discuţii de genul acesta, dar încă nu ne-am hotărât dacă să facem într-adevăr o organigramă sau nu. Este o discuţie... am avut nişte discuţii cu reprezentanţii consiliilor judeţene în care ne cereau o organigramă orientativă... (I1, preşedinte ANPDC, 1 august 2006)

Schimbările permanente din sistemul de protecţie a copilului, generate de introducerea managementului de caz, schimbă în mod fundamental şi filosofia sistemului, care trebuie să găsească o abordare flexibilă, adaptabilă contextului actual; de aceea, MC poate fi considerat profesionistul ce asigură continuitatea, în ceea ce priveşte oferirea unor servicii pentru copiii intraţi în sistemul de protecţie, şi comunicarea între toţi specialiştii implicaţi.

> Eu cred că actualele organigrame ale DGASPC nu mai corespund acestui stil de muncă. Să explic de ce. Faptul că există serviciul rezidenţial despărţit de cel familial şi de adopţii duce la fracţionarea planului copilului sau face

să nu mai existe comunicare. Soluţia ar fi să existe o echipă multidisciplinară. Multidisciplinară e mult spus, dar mai multe persoane care să se concentreze pe un caz. Poate să fie şi un jurist la un moment dat, în aşa fel încât managerul de caz, care este unul dintre aceşti asistenţi sociali, să se ocupe de un copil indiferent dacă el este în asistenţă maternală, în sistemul rezidenţial sau ajunge în adopţie. El trebuie să ştie cazul şi să conecteze specialiştii între ei. (I2, preşedinte ORA, 1 august 2006)

În opinia noastră, împărtăşită şi de reprezentanţii DGASPC, înfiinţarea unui CMC, care să preia cazurile după CEI, poate organiza activitatea în aşa fel încât un MC desemnat pentru copil să evalueze detaliat situaţia acestuia împreună cu echipa multidisciplinară, să elaboreze PIP şi să urmărească modul în care responsabilii de caz din diferite servicii implementează planul de protecţie. Acesta poate constitui un model de eficientizare a intervenţiei ghidate de finalităţile PIP.

Noi ne-am gândit la o asemenea soluţie. Cred că ea trebuie pusă în practică cel puţin ca o soluţie sau ca un plan-pilot... un experiment. Pentru că trebuie văzut şi în situaţia asta ce aspecte şi ce deficienţe pot să apară. Teoretic, da, aşa ar părea că ar fi bine, să existe un serviciu cu managerii de caz şi după aceea toţi ceilalţi ar face acest lucru... (I3, director executiv DGASPC, 5 octombrie 2006)

Totodată, funcţionarea unui departament al MC poate contribui la reducerea conflictelor de interese în ceea ce priveşte poziţia responsabilului de caz pentru copilul aflat în diferite forme de protecţie. Această idee de înfiinţare a unui departament al MC ar produce modificări profunde în managementul intervenţiei în sistemul de protecţie a copilului, inclusiv la nivelul atitudinilor şi practicii personalului angajat. De exemplu, responsabilul de caz pentru un copil aflat într-un centru de plasament, care are ca finalitate reintegrarea, ar lucra în acest sens, chiar dacă şeful centrului de plasament nu urmăreşte acelaşi lucru. Sau responsabilul de caz pentru un copil aflat în asistenţă maternală ar urmări reintegrarea, dacă acest lucru este precizat în PIP ca finalitate, şi nu s-ar concentra doar pe monitorizarea plasamentului.

Dacă asistentul social rămâne în subordinea şefului de centru, gradul lui de obiectivitate scade foarte mult. Pentru că şeful de centru, de obicei, este interesat să rămână şef de centru. Dacă este interesat să rămână şef de centru, el este interesat să îşi conserve starea. În cazul în care are o circulaţie mare de copii în centru, asta înseamnă o creştere a gradului de dificultate a muncii lui, pentru că în permanenţă trebuie să se adapteze, să facă alte planuri individualizate de protecţie, trebuie să adapteze vechile planuri. (I4, director executiv DGASPC, 6 octombrie 2006)

Astfel, un responsabil de caz, respectiv un asistent social care lucrează în serviciul rezidenţial ar avea ca sarcină reintegrarea copiilor care au ca finalitate acest deziderat, subordonându-se metodologic MC. Desemnarea responsabilului de caz este realizată de către şeful serviciului, care rămâne persoana de referinţă din punct de vedere administrativ.

> Şi atunci problema este că acei asistenţi sociali, chiar dacă lucrează în centru, trebuie să fie subordonaţi şefului de centru din punct de vedere administrativ, dar metodologic, funcţional, ei se subordonează şefului Serviciului rezidenţial. (I4, director executiv DGASPC, 6 octombrie 2006)

Înfiinţarea unui departament al MC în structura DGASPC este apreciată de către specialiştii DGASPC drept o formă de profesionalizare a sistemului de protecţie a copilului. Responsabilităţile ar fi clar împărţite şi asumate, instituindu-se o formă de control intern al eficienţei intervenţiilor propuse şi al stadiului de urmărire a finalităţilor PIP.

> Cred că, dacă managerul de caz ar face numai activitatea de manager de caz şi nu ar fi şi responsabil de caz, s-ar profesionaliza sistemul de protecţie a copilului. (FG5, manageri şi responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

Oportunitatea unor întâlniri pentru clarificarea şi delimitarea sarcinilor şi atribuţiilor managerului şi responsabilului de caz este considerată de către specialiştii din cadrul DGASPC o formă de definire unitară a modului în care poate fi implementat managementul de caz în sistemul de protecţie a copilului. Confuziile identificate de aceştia cu privire la atribuţiile actuale ale managerului şi responsabilului de caz se menţin, după părerea noastră, dacă structura actuală a DGASPC nu se modifică prin crearea unui context organizaţional care să conducă la eficientizarea managementului de caz.

> Există foarte multe confuzii în sistem între un manager de caz şi un responsabil de caz. Ar trebui să se dea centralizat o propunere de listă de atribuţii... ca o fişă a postului. O organizaţie nonguvernamentală să se ocupe, să discute cu mai multe direcţii, cum au făcut, să se organizeze tot prin direcţii un focus-grup cu câţiva directori de direcţii. Să vedem care sunt atribuţiile [managerilor şi responsabililor de caz - *n.n.*], ne întâlnim, le punem pe hârtie, le trimitem, le vede Autoritatea. Trebuie să se ocupe cineva de asta, la nivel central. (I5, director executiv adjunct DGASPC, 13 octombrie 2006)

Managementul de caz şi redistribuirea personalului

În situaţia reorganizării structurii DGASPC prin crearea departamentului de management de caz se pune problema personalului care ar putea să preia noile responsabilităţi şi care ar trebui să îndeplinească condiţiile minime pentru a fi

MC. Din materialul empiric cules de noi, folosind ca surse toate direcţiile din ţară, reiese că în sistemul de protecţie a copilului există resurse umane care pot fi redistribuite. De exemplu, aproximativ 35% din personal îndeplineşte condiţiile legale pentru această funcţie, dar nu are atribuţii specifice MC. Pe de altă parte, există compartimente sau servicii în cadrul DGASPC care ar putea fi reorganizate (de exemplu, serviciile de consiliere şi sprijin al gravidelor, care sunt servicii de prevenire şi pot fi transferate către autorităţile locale, sau serviciile de urmărire a plasamentelor în familia lărgită, care pot fi regândite prin implicarea în activităţile de reevaluare şi monitorizare a asistenţilor sociali din cadrul primăriilor etc.).

> Dacă vezi că nu merge sistemul existent, redistribuie personalul în alt serviciu... (I1, preşedinte ANPDC, 1 august 2006)

Totodată, în urma analizei periodice a rezultatelor DGASPC şi a nevoilor beneficiarilor din comunitate şi din sistemul de protecţie a copilului, serviciile oferite pot fi redimensionate : de exemplu, dacă se constată că numărul copiilor care vor împlini 18 ani şi care vor părăsi sistemul de protecţie este în creştere, acest lucru anticipează nevoia unor servicii de integrare socioprofesională, iar o parte dintre resursele umane deja prezente în sistemul de protecţie a copilului ar putea fi direcţionate către acest tip de servicii. Sau, dacă se constată o creştere a numărului de copii din asistenţă maternală care sunt de vârstă mică, atunci o parte din resursele DGASPC trebuie orientate către serviciul de asistenţă maternală, care să urmărească reintegrarea copiilor în familiile biologice şi, acolo unde aceasta nu este posibilă, adopţia. Recomandarea noastră ţine cont de faptul că, cel puţin o dată pe an, organigrama DGASPC este revizuită şi propusă spre aprobare Consiliului Judeţean.

> Noi, la fiecare reorganizare, tindem să mai creăm câteva posturi... prin restructurarea altor posturi creăm alte posturi... La sfârşitul anului 2005 am mai creat câteva posturi. (I3, director executiv DGASPC, 5 octombrie 2006)

Managementul de caz şi contractarea serviciilor

O altă soluţie, identificată de specialiştii din domeniul protecţiei copilului de la toate nivelurile instituţionale, care poate participa la eficientizarea managementului de caz, mai ales în situaţia în care DGASPC nu are suficiente resurse umane specializate, este cea referitoare la contractarea serviciilor sociale.

> Legea îţi mai dă dreptul să faci asta [contractarea serviciilor sociale - *n.n.*]. Meseria de asistent social este o meserie liberală, faci un contract cu un asistent social care are atestat de liberă practică şi faci treaba asta. Mă gândesc că dezvoltarea asistenţei sociale în această direcţie ar reduce foarte

mult problema lipsei personalului. Ar fi piaţa liberă, piaţa deschisă, iar direcţia ar alege ce-i mai bun de pe piaţă. Direcţiile trebuie să devină nişte instituţii mici. De la mii de oameni câţi au acum, trebuie să ajungă la zeci de oameni, care să fie foarte buni profesional, să se priceapă foarte bine să monitorizeze, să aplice legislaţia, să dea interpretări, să găsească fonduri, să ofere consultanţă, să elaboreze programe. Asta trebuie să facă direcţia. (I1, preşedinte ANPDC, 1 august 2006)

Piaţa serviciilor sociale este destul de dezvoltată şi, în condiţiile existenţei unui număr sporit de specialişti şi organizaţii în domeniul protecţiei copilului, contractarea serviciilor poate oferi idei şi soluţii la nevoile potenţialilor beneficiari identificate la nivel local.

Nu mă aşteptam, primele servicii care vor fi contractate sunt centrele de plasament pentru copiii cu dizabilităţi. Şi noi credeam că nu se va apropia nimeni de acest serviciu sau că va fi mai greu, şi de unde credeam că din asta vom face un fel de monopol... am crezut că [aceste servicii rezidenţiale] vor rămâne la autorităţile locale, deoarece costă mai mult, implică mai mult, nu... cererea a venit din partea organizaţiilor nonguvernamentale. Sigur că direcţia răsuflă uşurată la chestia asta. (I1, preşedinte ANPDC, 1 august 2006)

Pe de altă parte, recomandarea noastră este ca departamentul MC să rămână în structura DGASPC, indiferent dacă se contractează sau nu serviciile sociale. Potrivit acestei logici, toţi profesioniştii care oferă servicii în cadrul furnizorilor sunt *responsabili cu implementarea PIS*. Copilul intrat în sistemul de protecţie are desemnat un MC, inclus în acest departament al DGASPC, iar furnizorii de servicii (DGASPC, SPAS, ONG şi alţi specialişti independenţi) urmăresc finalităţile PIP elaborate de ele.

O să vedem cum va fi şi cu managementul de caz... ai un manager de caz de la direcţie pentru copilul respectiv şi, în momentul în care contractezi centrul, de exemplu, atunci ce faci cu managerul de caz? Menţii managerul de la direcţie şi îl faci să lucreze cu organizaţia nonguvernamentală, desemnezi un manager din cadrul organizaţiei? (I1, preşedinte ANPDC, 1 august 2006)

În perspectiva organizării unui departament al MC, chiar dacă DGASPC contractează serviciile rezidenţiale oferite în cadrul unui centru de plasament către o organizaţie nonguvernamentală, managementul de caz rămâne responsabilitatea direcţiei. Astfel, introducerea unui departament specific în structura DGASPC uşurează chiar procesul de contractare a serviciilor.

Ideea este să derogăm totuşi cât mai mute sarcini ale direcţiei. Managementul de caz s-ar putea să fie chiar un serviciu exterior al DGASPC. Nu avem noi

posibilitatea să facem, adică nu au apărut încă oferte în ţară, dar ne putem gândi la această idee. (I1, preşedinte ANPDC, 1 august 2006)

Procesul de contractare a serviciilor sociale este apreciat la nivel central ca fiind una dintre soluţiile flexibile de asigurare cu personal calificat a intervenţiilor specializate, de realizare a unor adaptări dinamice şi suple ale actualelor structuri din sistemul de protecţie a copilului.

> Eu am o părere foarte bună în legătură cu contractarea... cred că aceasta este viitorul... de asta nu trebuie să mai invocăm faptul că nu avem locuri în organigramă, pentru că oricare direcţie poate să facă această contractare de servicii de la cabinetele care se vor dezvolta, vor fi acreditate şi vor dori să aibă profesionişti şi să lucreze. Noi am şi început procesul de contractare, cred că suntem pionieri în domeniu, şi avem un proiect-pilot exact aşa, mergând pe contractarea de servicii de asistenţă socială. (I2, preşedinte ORA, 1 august 2006)

Formarea personalului din sistemul de protecţie a copilului

O cerinţă specială pentru îmbunătăţirea managementului de caz şi, implicit, a calităţii tuturor serviciilor oferite în sistemul de protecţie a copilului este formarea personalului, care trebuie să urmărească pregătirea managerilor şi responsabililor, conform modificărilor legislative.

> Nevoia de perfecţionare este foarte mare, pentru că există un volum uriaş de muncă, pe de o parte. Pe de altă parte, sunt aceste schimbări legislative şi aceste acte normative secundare care vin într-un termen foarte scurt, şi trebuie să fii în fiecare moment foarte bine pregătit. (I3, director executiv DGASPC, 5 octombrie 2006)

În cadrul DGASPC care au înregistrat rezultate semnificative pe anumite servicii, formarea personalului a constituit un factor determinant, mai ales în situaţia în care programele de formare au fost orientate către intervenţie, prin elaborarea şi experimenterea unor instrumente de lucru. Chiar dacă programele de formare s-au adresat specialiştilor din diferite servicii oferite de către DGASPC, la nivelul acestora specialiştii invocă nevoia formării specializate în managementul de caz şi elaborarea unei metodologii clare şi unitare de lucru, valabilă în toate DGASPC şi capabilă să conecteze coerent toate serviciile din domeniul asistenţei şi protecţiei copilului.

> Anul trecut, până să apară Legea 272 şi tot pachetul legislativ, părerea mea este că s-au făcut foarte multe cursuri de formare şi ne-a fost mult mai uşor

să lucrăm. Acum s-au dat atâtea legi, dar formare nu s-a făcut decât în [privinţa] drepturilor copilului şi cu ce oferte au venit diverse organizaţii nonguvernamentale. La noi nu au fost decât de la Centrul Regional de Formare. Părerea mea este că ar trebui să fim formaţi în managementul de caz, probabil că de asta [practicienii din domeniul protecţiei copilului - *n.n.*] îl consideră un instrument de lucru cu încărcătură mare, poate că nici nu înţeleg cum să îl facă, nu fac diferenţa între obiective şi activităţi. E foarte greu. Mie mi-e foarte greu. Mă gândesc cu groază că trebuie să citesc 700 de planuri individualizate de protecţie la copii şi [asistenţii sociali] abia au învăţat să lucreze cu celelalte. Am făcut nişte formulare tipizate cât de cât orientative pentru anumite situaţii. Şi când au venit în control de la ANPDC, pentru menţinerea legăturilor copilului cu familia, au constatat şi au şi scris că [planurile individualizate de protecţie - *n.n.*] nu sunt chiar individualizate. Şi aşa şi este. Eu am mai stat de vorbă cu ei [asistenţii sociali - *n.n.*], să vadă ce urmărim pentru fiecare copil în parte şi pentru familia în care este crescut. Trebuie să mai existe ceva în plus în acele planuri. Părerea mea este că, în primul rând, ar trebui făcute aceste instrumente cu care lucrăm, dar să se facă unitar, la nivelul tuturor direcţiilor. (FG5, manageri şi responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

Schimburile de experienţă dintre judeţe asigură comunicarea şi împărtăşirea practicilor pozitive şi eficiente, fiind o modalitate de a introduce inovaţii şi o lectură comună a documentelor legislative care se reflectă în practica profesională, apreciată de către managerii şi responsabilii de caz.

> Cea mai bună experienţă sunt întâlnirile cu alte judeţe. La Govora, când am fost, m-am întâlnit cu alţi colegi din alte judeţe, am făcut schimb de informaţii, am comparat cum lucrăm fiecare şi am discutat despre modelele din judeţe. (FG5, manageri şi responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

Nevoia de specializare în domeniu este recunoscută de către managerii şi responsabilii de caz, care se văd aglomeraţi nu numai de diversitatea cazuisticii, ci şi de aplicarea standardelor în diferite arii de competenţă. Pe de altă parte, orice profesionist din domeniu trebuie să cunoască şi să-şi însuşească standardele minime obligatorii, acestea constituind un cadru de interpretare şi organizare a practicii în domeniu. Din punctul nostru de vedere, o metodologie clară în ceea ce priveşte aplicarea managementului de caz în domeniul protecţiei copilului poate să clarifice celelalte standarde referitoare la servicii şi să organizeze practica din domeniu, în condiţiile unei coerenţe fireşti.

> Sunt atâtea standarde în fiecare serviciu, încât nici nu ai timp să le citeşti. Abia de ai timp să citeşti şi să implementezi ce există [standardele minime obligatorii - *n.n.*] la nivelul serviciului tău. Dar să mai reţin şi la nivelul altora... (FG5, manageri şi responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

Programele de formare sunt resimțite ca o necesitate și de către managerii și responsabilii de caz, care au nevoie de sprijin pentru a obține o interpretare comună a standardelor în domeniul protecției copilului, mai ales că de modul în care este interpretată practica managementului de caz depind abordarea și practica în toate serviciile oferite beneficiarilor.

> Noi avem nevoie de o clarificare, de asta zic că e bine să se facă o formare în managementul de caz, ca să ne clarificăm lucrurile și să lucrăm cum trebuie... nu știu cum se vor numi responsabilii de caz. De exemplu, cei din asistență maternală intră în categoria responsabililor de intervenție specifică, sunt omiși cei din protecția de tip familial și trebuie clarificat. (FG5, manageri și responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

Studiile de evaluare a practicilor sunt considerate de către reprezentanții DGASPC un demers util pentru identificarea nevoilor de formare și a punctelor slabe din domeniul protecției copilului. Studiile locale pot constitui un reper important în construirea unei strategii de formare a personalului.

> Pe mine chiar m-ar interesa să văd unde sunt la noi punctele slabe, ca să se intervină acolo unde este nevoie. Că dacă totul este bine, nu ne mai întreabă nimeni de nimic. Or, dacă se vede că la planurile individualizate de protecție sunt neclarități, că e nevoie de formare cu personalul care lucrează direct cu copilul... Dacă nu cerem niciun ajutor, dacă noi ne lăudăm că toate sunt perfecte, nu ne mai vine nimic din afară. Acum, nici nu trebuie să te plângi numai ca să-ți vină ajutoare. (I5, director executiv adjunct DGASPC, 13 octombrie 2006)

Pregătirea personalului din sistemul de protecție a copilului trebuie să includă și formarea referenților sociali din primării, care au un rol primordial în serviciile de prevenire și în cele de asigurare a serviciilor postreintegrare adresate copiilor care s-au întors în familiile naturale.

> Marea majoritate a referenților au venit și au participat aici la cursuri, au mai înțeles și ei care este problema, și asta ne ajută. Chiar vin ei la Comisie [Comisia pentru Protecția Copilului - *n.n.*], chiar sesizează ei cazurile și încearcă să le rezolve pe plan local, în special în prevenire. Pentru copiii care sunt în comunitate, mai intervin și ei pe lângă directorul de școală, discută cu medicul de familie. (I6, șef serviciu AMP, 9 octombrie 2006)

Motivarea personalului

DGASPC au strategii diferite în ceea ce privește motivarea personalului din structura proprie. Unele dintre ele aplică strategia promovării personalului, atunci când sunt îndeplinite condițiile, însoțind-o și de mărirea salariului.

Am încercat să motivăm personalul. Anul acesta am făcut promovări, am considerat că merită să le dăm posibilitatea angajaţilor, dacă îndeplinesc condiţiile legale, să fie promovaţi. Şi am făcut aceste promovări acolo unde a fost necesar. (I3, director executiv DGASPC, 5 octombrie 2006)

Nivelul scăzut al salariilor, comparativ cu celelalte poziţii similare din sistemul bugetar, este considerat un motiv al fluctuaţiei de personal. Angajaţii pregătiţi în sistemul de protecţie a copilului migrează către alte sectoare, cum ar fi poliţia, parchetul, penitenciarul.

Cum fac puţină vechime, dobândesc experienţă şi sunt buni, deja nu mai corespund salariile cu nivelul lor, şi alţii le dau mai mult şi pleacă... Pleacă la poliţie, parchet, penitenciar. Tot asistenţă socială fac, dar la noi nu se gândeşte nimeni. Oamenii îşi pun şi sufletul în munca asta şi au un salariu de mizerie. (I5, director executiv adjunct DGASPC, 13 octombrie 2006)

Fluctuaţia de personal este resimţită şi de către managerii şi responsabilii de caz, care o văd ca pe un punct slab în menţinerea continuităţii serviciilor oferite beneficiarilor, un rezultat nu doar al nivelului scăzut de salarizare, ci şi al volumului mare de cazuri cu care se confruntă personalul.

Ne confruntăm cu fluctuaţia de personal... M-am săturat să tot schimb dosare, să le iau, să le împart [de la un asistent social la altul - *n.n.*]. Noroc că nu au fost desemnaţi manageri de caz, că ar fi trebuit să transfer o mulţime de cazuri atunci când au plecat oameni din sistem. Motivele?... Volumul de lucru, stresul, să recunoaştem că este un stres, lucrul peste program, pentru că trebuie să termini, chiar dacă vii şi la 9 seara din teren, bani puţini... (FG5, manageri şi responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

Una dintre lipsurile materiale care afectează condiţiile de muncă ale specialiştilor din cadrul DGASPC, cel mai frecvent precizată de ei, este accesul limitat la maşinile cu care se fac deplasările în teren, aceasta fiind considerată şi o cauză a eficienţei scăzute a intervenţiei şi a imposibilităţii de a rezolva cazurile pe care le are repartizate fiecare angajat.

Eficienţa mai scade şi din alte motive : resursele materiale pe care le avem, o singură maşină, oamenii se încaieră care să plece în teren. Trebuie să pui şi problema asta, ce mijloace avem. Nu este doar numărul de cazuri. Acesta poţi să ţi-l acoperi, dacă ai ce-ţi trebuie. Logistica... (FG5, manageri şi responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

Managerii şi responsabilii de caz din cadrul DGASPC reclamă uneori stilul de management autoritar, centrat pe evidenţierea problemelor, a erorilor, sau pe sancţionarea insucceselor, stil care este considerat drept o sursă de demotivare

a personalului. În acelaşi timp, se simte nevoia manifestării unui management de tip apreciativ, atunci când personalul lucrează eficient şi înregistrează succese. Pentru orientarea managerilor DGASPC în direcţia acestui stil de conducere, personalul recomandă formarea directorilor în domeniul motivării şi al tehnicilor de comunicare necesare unui management eficient şi stimulativ.

> Ştiţi că şefii, în general, chiar dacă observă că lucrezi foarte bine, niciodată nu o să ţi-o spună. Asta nu e bine. Dar nu toată lumea face aşa. Sunt oameni foarte deschişi care vin şi îţi spun: „OK, sunt mulţumit de tine, ai făcut o treabă bună" sau, când n-o faci, „Măi, nu-mi place"... dar foarte rar. În sistemul actual, în care noi ne mai aflăm la nivel naţional, nu o să vedem niciodată directorii că o să ne laude, ci doar o să ne critice atunci când greşim. (FG5, manageri şi responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

> Cred că [directorii] ar trebui să meargă la nişte cursuri despre tehnici de comunicare şi motivare şi să înveţe mai mult despre cum îi afectează pe subordonaţi modul lor de comunicare şi atitudinea lor în relaţia cu ceilalţi. (FG5, manageri şi responsabili de caz, 13 octombrie 2006)

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITARA

Capitolul 8

Coordonate metodologice ale cercetării privind serviciile de prevenire

Scopul şi designul cercetării

Scopul cercetării

Cercetarea urmăreşte identificarea practicilor din domeniul prevenirii separării copilului de familia sa, a abuzului, neglijării şi exploatării copilului prin muncă la nivelul SPAS şi modul cum sunt aceste practici articulate cu serviciile DGASPC. Totodată, studiul intenţionează să evalueze eficienţa serviciilor de prevenire a separării copilului de familie.

Obiectivele cercetării

- Să evalueze cauzele care conduc la separarea copilului de familie şi modul cum sunt abordate practicile instituţionale.
- Să evalueze reţeaua de servicii care vin în sprijinul menţinerii copilului în familie şi factorii implicaţi în decizia de a crea sau de a menţine anumite servicii de prevenire.
- Să recomande ANPDC şi DGASPC modalităţi concrete de creştere a eficienţei activităţii de prevenire a separării.
- Să realizeze o radiografie la nivel naţional privind funcţionarea unor servicii de prevenire la nivelul SPAS şi să facă analiza resurselor umane implicate în serviciile de prevenire.

BABEŞ-BOLYAI UNIVERSITY LIBRARY

- Să urmărească modul în care se aplică metodologia privind utilizarea PS, ca instrumente de planificare a intervenţiilor destinate prevenirii separării.
- Să surprindă şi să analizeze tendinţele serviciilor de prevenire de la nivelul SPAS raportate la situaţia actuală de la nivelul comunităţii.
- Să cerceteze anumite practici existente la nivelul comunităţilor locale, privind organizarea serviciilor de prevenire a separării copilului de familia sa, a neglijării, abuzului şi exploatării prin muncă.

Etapele cercetării

Pentru realizarea acestui studiu naţional s-au utilizat mai multe tehnici şi instrumente de culegere a datelor, folosindu-se triangularea metodologică şi a surselor de date. Culegerea datelor a fost realizată atât la nivel judeţean, cât şi la nivel local. Paşii făcuţi pentru culegerea datelor au fost următorii:

- *Completarea chestionarului adresat directorului executiv cu atribuţii în protecţia copilului din cadrul DGASPC*, prin care s-a urmărit culegerea datelor raportate la nivel judeţean, cu privire la serviciile de prevenire existente la nivelul comunităţilor, la numărul şi caracteristicile copiilor intraţi în sistemul de protecţie în 2006, la numărul copiilor reintegraţi în familie şi la evoluţia ulterioară a acestora. De asemenea, s-au cules date privitoare la resursele umane implicate în serviciile de prevenire din cadrul DGASPC şi de la nivelul SPAS etc.
- *Selectarea judeţelor-pilot*: în funcţie de datele statistice existente la nivel judeţean (utilizate pentru stabilirea unor criterii pornind de la cifrele referitoare la intrările şi ieşirile copiilor din sistemul de protecţie, de la datele privind resursele umane disponibile, de la tipurile de servicii specifice etc.), au fost alese trei judeţe-pilot pentru culegerea datelor prin intermediul focus-grupurilor şi al interviurilor individuale.
- *Realizarea interviurilor cu directorii DGASPC*, cu primarii, cu coordonatorii reţelelor de asistenţi medicali comunitari şi cu beneficiarii serviciilor de prevenire.
- *Culegerea datelor prin intermediul focus-grupurilor* cu diferite categorii de profesionişti din cadrul DGASPC, ONG şi SPAS: asistenţi sociali, educatori parentali, psihologi, kinetoterapeuţi ai echipei mobile care oferă servicii la domiciliu pentru copiii cu dizabilităţi şi părinţilor acestora, cu asistenţi sociali comunitari, asistenţi medicali comunitari, asistenţi sociali ai primăriilor din mediul urban, asistenţi sociali din maternităţi sau secţii de pediatrie, din centre maternale, cu specialişti din cadrul centrelor de zi şi al centrelor de reabilitare destinate copiilor cu dizabilităţi.

Selectarea judeţelor-pilot

Pentru analiza detaliată a datelor şi culegerea informaţiilor în cadrul focus-grupurilor şi interviurilor au fost selectate următoarele trei judeţe-pilot: Suceava, Vaslui şi Brăila, fiecare dintre acestea prezentând câteva particularităţi specifice:

- DGASPC Suceava are un număr de intrări noi în sistem în 2006 (88 de copii) sub media naţională (131 de copii), oferă servicii în centre de recuperare, un număr redus de copii cu dizabilităţi au intrat în sistemul de protecţie în 2006, are servicii la domiciliu pentru copiii cu dizabilităţi, a dezvoltat o reţea de referenţi sociali comunitari (o parte semnificativă dintre aceştia având studii de asistenţă socială), deţine numărul raportat cel mai ridicat de copii ai căror părinţi sunt plecaţi la muncă în străinătate (11.033 de copii din 58.681 existenţi în evidenţele DGASPC la nivel naţional). De asemenea, reprezintă un model de intervenţie în ceea ce priveşte serviciile de prevenire destinate copilului cu dizabilităţi, prin organizarea şi funcţionarea echipei mobile ce oferă servicii la domiciliu (46,0% dintre copiii cu dizabilităţi care au primit servicii la domiciliu se află în judeţul Suceava: 236 de copii din totalul de 512 beneficiari la nivel naţional) şi programe de educaţie parentală (este singura direcţie din ţară care are în organigramă acest serviciu).
- DGASPC Vaslui este un judeţ care are un număr foarte ridicat de intrări în sistemul de protecţie în comparaţie cu celelalte unităţi administrative din ţară (410 copii nou intraţi în 2006, faţă 131 de copii, cât este media naţională), are o reţea de referenţi sociali în toate comunele din judeţ şi cea mai mare reţea de asistenţi medicali comunitari. De asemenea, există o reţea de asistenţi sociali la nivel urban şi un asistent social în cadrul spitalului judeţean, se oferă servicii în centre de recuperare pentru un număr mare de copii (184 de copii beneficiari în 2006), dar are şi un număr foarte ridicat de copii cu dizabilităţi intrat în sistemul de protecţie în 2006 (103 copii).
- DGASPC Brăila are un număr mai mic decât media naţională privind intrările noi în sistem (77 de copii sunt nou intraţi în sistem în 2006), există o reţea de referenţi sociali comunitari, există asistenţi medicali comunitari, are un număr mic de reintegrări eşuate şi un număr mic de copii cu dizabilităţi care au intrat în sistemul de protecţie în anul 2006 (2 copii).

Dincolo de datele statistice, a fost necesară identificarea acelor practici instituţionale eficiente, a efectelor negative ale dezvoltării unor reţele de persoane ce oferă servicii insuficient articulate şi profesionalizate, a modalităţilor de planificare şi organizare a intervenţiei din asistenţa socială conform planurilor de servicii. S-au urmărit şi relaţiile dintre serviciile locale şi DGASPC ca furnizor de servicii, capacităţile de dezvoltare locală în raport cu resursele existente, un management al resurselor locale adaptat nevoilor specifice etc. Analiza calitativă

a urmărit şi obţinerea unor informaţii suplimentare, referitoare la intrările în sistemul de protecţie a copiilor în funcţie de provenienţa acestora (din familie, spitale, maternităţi, spaţii publice, de la rude sau prieteni ai părinţilor), corelând datele existente cu cele obţinute în cadrul focus-grupurilor şi al interviurilor.

Caracteristicile participanţilor la interviurile individuale şi de grup

Ţinând cont de criteriile prezentate mai sus, s-au realizat următoarele interviuri individuale şi câte două focus-grupuri în judeţele-pilot, după cum urmează:

Tabelul 53. *Caracteristicile participanţilor la interviurilor individuale şi de grup*

Interviuri de grup	**Data**	**Participanţi**
FG7	mai 2007	asistenţi sociali, psihologi, educatori parentali, kinetoterapeuţi din echipa mobilă, servicii de prevenire DGASPC şi ONG
FG8	mai 2007	asistenţi sociali comunitari, asistenţi medicali comunitari, asistenţi sociali ai primăriilor din mediul urban, asistenţi sociali din maternitate
FG9	iunie 2007	asistenţi sociali comunitari şi asistenţi medicali comunitari, reprezentanţi ONG
FG10	iunie 2007	asistenţi sociali, psihologi, coordonatori ai centrelor de servicii comunitare, ai centrelor de zi pentru recuperare şi reabilitare, ai centrelor maternale, ai complexelor de servicii comunitare (DGASPC), asistenţi sociali de maternitate
FG11	iunie 2007	asistenţi sociali comunitari şi asistenţi medicali comunitari
FG12	iunie 2007	asistenţi sociali, psihologi, coordonatori ai centrelor de servicii comunitare, ai centrelor de zi pentru recuperare şi reabilitare, ai centrelor maternale, ai complexelor de servicii comunitare (DGASPC)
Interviuri individuale	**Data**	**Participanţi**
I9	mai 2007	director executiv adjunct DGASPC
I10	mai 2007	director adjunct Autoritatea de Sănătate Publică
I11	iunie 2007	director executiv adjunct DGASPC
I12	iunie 2007	coordonator asistenţi medicali comunitari
I13	iunie 2007	tată biologic, soţia plecată în străinătate, copilul beneficiază de serviciile centrului de zi

I14	iunie 2007	mamă biologică, reticentă la serviciile centrului de zi
I15	iunie 2007	mamă minoră din centrul maternal
I16	iunie 2007	mamă biologică, copil cu dizabilităţi care a fost reintegrat familial
I17	iunie 2007	primarul comunei
I18	iunie 2007	mamă internată în centrul maternal
I19	iunie 2007	director executiv adjunct DGASPC

BCUIASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

B.C.U. "M. EMINESCU" IASI

BCUIASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 9

Intrările în sistemul de protecţie a copilului

Analiza intrărilor în sistemul de protecţie a copilului, prin care înţelegem plasamente ale copiilor în centre de tip rezidenţial, în unităţi de tip familial şi asistenţă maternală, ne oferă o imagine privind presiunea la care este supus acest sistem din pricina solicitărilor ce vin din partea comunităţii. La începutul anului 2007 existau în sistemul de protecţie 41.010 copii, în creştere cu 0,5% faţă de aceeaşi perioadă din anul precedent. Dincolo de faptul că numărul intrărilor noi în sistem a fost de 6.070, iar cel al reintrărilor într-o formă de protecţie după ce copiii au fost reintegraţi de 134, numărul copiilor reintegraţi este de aproape 2,5 ori mai mic decât al celor intraţi în sistem, excluzând tinerii care părăsesc sistemul de protecţie după împlinirea vârstei de 18 ani şi după finalizarea studiilor.

Datele din figura următoare cuprind informaţii legate de numărul copiilor aflaţi în diferite forme de protecţie din subordinea DGASPC. Suplimentar, în 2004, existau 5.460 de copii în centre de plasament private. În 2005, erau 5.102 copii în centre de plasament private şi 348 în asistenţă maternală. În 2006 existau 4.907 copii în centre de plasament private şi 238 de copii la asistenţi maternali angajaţi ai ONG. În plus, menţionăm faptul că, odată cu realizarea evaluării serviciilor de prevenire, au fost solicitate şi date cu privire la evoluţia numărului de copii din sistemul de protecţie, pentru a sesiza direcţiile în care a evoluat în ultimul an. De această dată au fost oferite informaţii şi de către DGASPC Braşov, fapt care explică unele diferenţe în ceea ce priveşte numărul copiilor din sistemul de protecţie în cele două studii realizate de noi. De subliniat este faptul că, în statistica prezentată de noi, nu se regăsesc copiii aflaţi în plasament la rude până la gradul IV inclusiv sau la alte persoane. La sfârşitul anului 2006 existau în familia lărgită sau plasaţi la

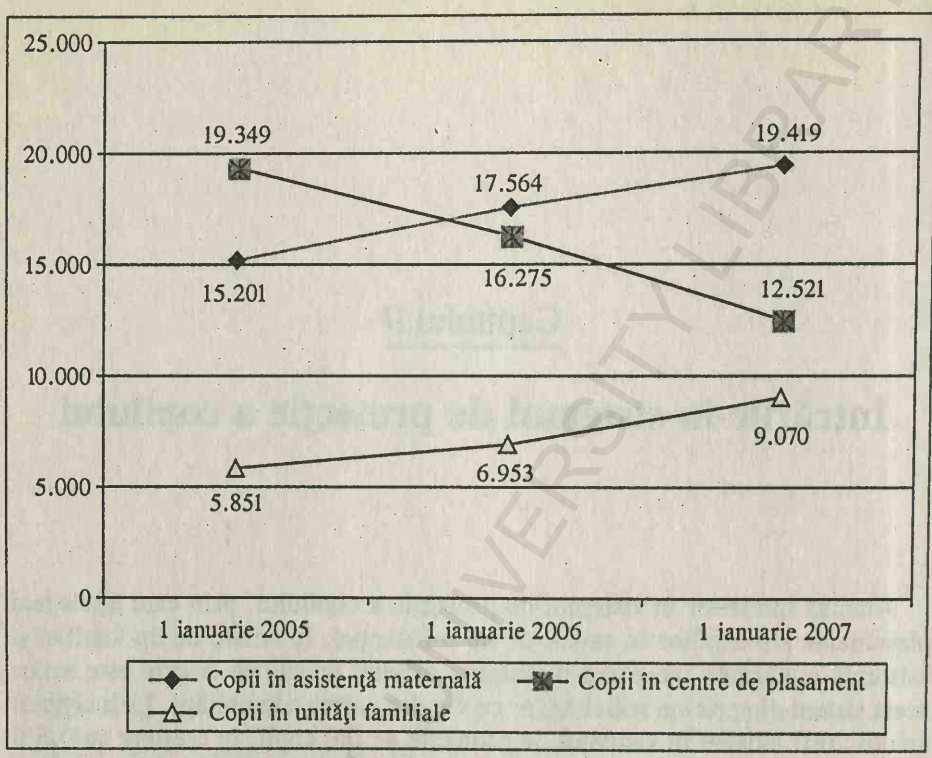


Figura 7. *Evoluţia numărului de copii în diferite forme de protecţie în perioada 1 ianuarie 2005 – 31 decembrie 2006*

alte persoane 28.062 de copii. Studiul s-a concentrat şi pe această categorie de copii, fiind una dintre limitele pe care ni le-am asumat. Dincolo de cercetarea practicilor instituţionale, suntem de acord că este foarte importantă studierea situaţiilor acestor copii aflaţi în grija rudelor sau a altor persoane, utilizând o analiză calitativă orientată spre identificarea practicilor parentale de substituţie şi a efectelor pe care acestea le au asupra modului cum se construieşte copilăria într-o astfel de formă de îngrijire.

Aşa cum am menţionat mai sus, există un număr ridicat de copii nou intraţi pe parcursul anului 2006 în sistemul de protecţie, care reprezintă 14,8% din totalul copiilor existenţi în sistem. Astfel, sistemul de protecţie a copilului are tendinţa de a conserva numărul de beneficiari în diferite forme de protecţie, chiar dacă există o nouă arhitectură a sistemului în ceea ce priveşte serviciile dezvoltate. Se remarcă din figura 7 o creştere continuă a numărului de copii din asistenţă maternală şi din unităţile de tip familial şi scăderea numărului de copii din centrele de plasament. Astfel, principala formă de protecţie a copilului în România devine asistenţa maternală, devansând sistemul clasic de protecţie de tip rezidenţial.

Intrările noi în sistemul de protecţie a copilului

Din datele furnizate de DGASPC din ţară, observăm că, în 2006, cea mai vulnerabilă categorie de copii a fost cea cu vârsta până în 12 luni, reprezentând 30% din totalul *intrărilor noi* în sistemul de protecţie a copilului. Chiar dacă celelalte categorii de vârstă prezintă o pondere relativ egală, remarcăm că, dintre acestea, intrările noi în sistem sunt mai frecvente la copiii cu vârste între 10 şi 14 ani. Astfel, din cauza presiunii din partea comunităţilor, manifestată prin solicitările privind luarea unei măsuri de protecţie, numărul plasamentelor în sistemul de protecţie se menţine la un nivel ridicat.

Tabelul 54. *Situaţia intrărilor noi în sistemul de protecţie a copilului în 2006 în funcţie de vârstă*

Proveniența copiilor	0-1 an	1-3 ani	3-7 ani	7-10 ani	10-14 ani	14-18 ani	Total
Familie	617	490	689	634	768	647	3.845
Maternitate	775	0	0	0	0	0	775
Secţii de pediatrie	361	304	39	3	1	13	721
Părăsiţi în spaţii publice	11	18	17	17	53	31	147
Părăsiţi la rude	39	41	96	88	93	107	464
Părăsiţi la cunoştinţe, prieteni	19	10	17	12	11	49	118
Total intrări noi în sistem	**1.822**	**863**	**858**	**754**	**926**	**847**	**6.070**

Totodată, subliniem faptul că diferenţele de vârstă dintre copiii intraţi în sistem nu sunt semnificative, cu excepţia categoriei 0-1 ani, care indică, în procente, un număr dublu faţă de celelalte categorii, fapt ce reprezintă în sine nevoia dezvoltării unor programe şi servicii de prevenire a separării copilului de familia sa destinate tuturor acestor categorii. Pentru că riscurile de abandon al copilului există indiferent de vârsta acestuia, variind doar factorii determinanţi pentru anumite vârste. Dacă am cumula datele referitoare la copiii de vârstă mică (0-3 ani), observăm că 44,2% dintre copiii plasaţi în 2006 într-o formă de protecţie se încadrează în această categorie, număr care se regăseşte în cel al copiilor plasaţi în asistenţă maternală. Astfel, putem spune că, în 2006, în fiecare zi au fost plasaţi în sistemul de protecţie a copilului cel puţin şapte minori cu vârsta până la trei ani. Păstrând acelaşi calcul, aflăm că, în 2006, 16 copii au fost în fiecare zi plasaţi într-o formă de protecţie.

Analizând locul de unde vin copiii nou intraţi în sistemul de protecţie, observăm că aproape două treimi dintre aceştia provin direct din familie (63% din numărul total de intrări, vezi figura 8); părinţii fie au solicitat luarea unei măsuri de protecţie, fie au fost sancţionaţi prin plasarea copilului într-o formă de protecţie, de către autorităţile locale, în cazuri de abuz şi neglijare. Pentru

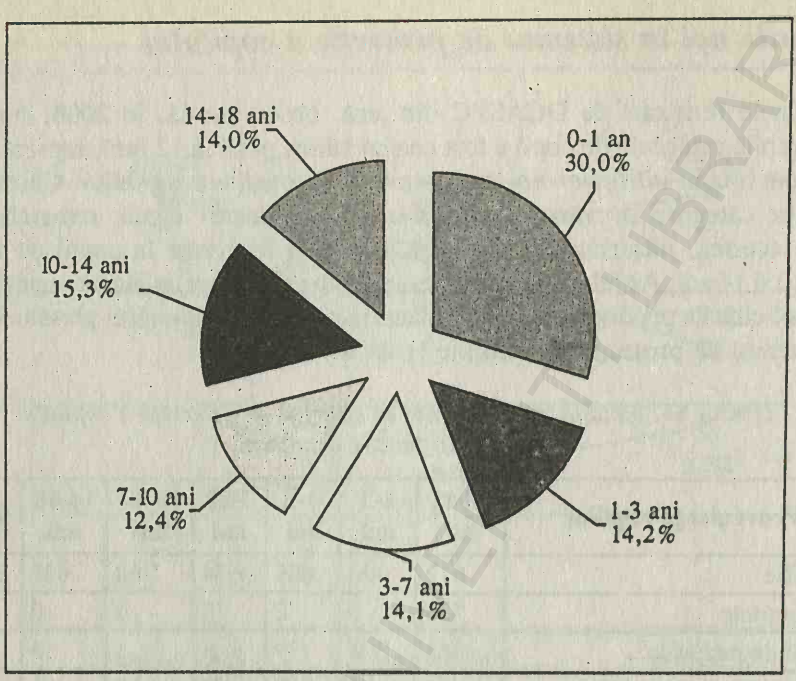


Figura 8. *Structura pe vârste a copiilor nou intraţi în sistemul de protecţie în 2006*

2.303 copii s-a luat decizia asigurării unei forme de protecţie în urma sesizărilor privind situaţii de abuz, neglijare sau exploatare. Este vizibil faptul că o altă sursă de intrări noi în sistemul de protecţie a copilului o reprezintă unităţile medicale, care totalizează 25% din numărul total de intrări (13% dintre copiii plasaţi provin din maternitate şi 12% din secţiile de pediatrie). În total, 1.496 de copii au ajuns în sistemul de protecţie după ce au fost părăsiţi în unităţi spitaliceşti. Păstrând logica temporală, putem spune că în România se ia zilnic o măsură de protecţie pentru 4 copii abandonaţi în maternităţi şi spitale. O altă filieră prin care copiii ajung într-o formă de protecţie este reprezentată de părăsirea acestora la rude (8%) sau prieteni ori cunoştinţe (2%), în general ca un rezultat al plecării la lucru în străinătate ori al căutării unui loc de muncă în altă localitate. O altă situaţie este cea a copiilor părăsiţi de către părinţi în spaţii publice, obligaţi să cerşească sau pur şi simplu alungaţi de acasă (2%).

Chiar dacă numărul intrărilor în sistemul de protecţie a copilului este semnificativ mai mare pentru situaţia celor care provin din familii, numărul de plasamente ale copiilor părăsiţi în maternitate sau în secţiile de pediatrie de la nivel local este perceput de către reprezentanţii DGASPC intervievaţi ca fiind scăzut. Se menţine totuşi o rată ridicată la nivel naţional. Pentru copiii cu vârste cuprinse între 0 şi 1 an, mediul spitalicesc reprezintă principala poartă de intrare în sistemul de protecţie, 62% dintre copiii cu aceste vârste fiind plasaţi într-o formă de protecţie în 2006. Scăderea numărului de copii cu vârste de până

la 3 ani părăsiţi în maternitate sau în secţii de pediatrie este explicată de către profesioniştii DGASPC ca fiind un efect al prezenţei asistentului social în structura organizaţională a acestor instituţii medicale. Dincolo de intervenţia asistenţilor sociali angajaţi ai unităţilor medicale, s-a subliniat importanţa intervenţiei la nivel comunitar pentru prevenirea separării copilului de familia sa:

> Acum există intrări puţine din maternitate şi din secţii de pediatrie în comparaţie cu plasamentele din familie. Asta înseamnă că s-a întâmplat ceva pozitiv la nivelul maternităţii, al spitalelor, adică sunt mai puţine solicitări din partea lor, pentru că au un asistent social propriu. În schimb, la nivelul comunităţii, deci unde este familia, acolo presiunea se menţine foarte mare. Poate şi din cauza nivelului de trai scăzut din mediul rural... (I11, director executiv adjunct DGASPC, 15 iunie 2007)

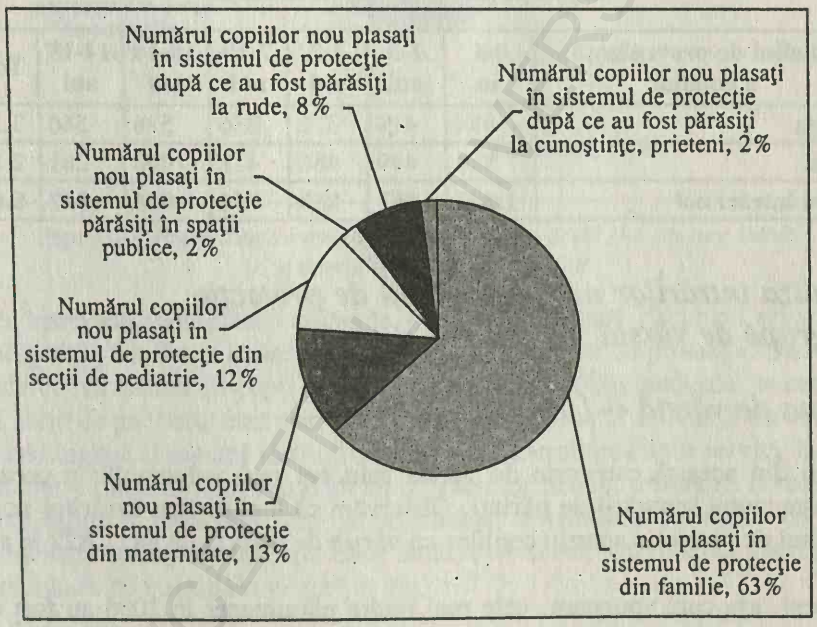


Figura 9. *Provenienţa intrărilor noi în sistemul de protecţie a copilului în 2006*

Pe de altă parte, eficienţa activităţii asistentului social din unităţile medicale este influenţată pozitiv şi de modul în care acesta devine element al unor reţele de sprijin, un punct de comunicare cu serviciile de la nivel comunitar (sociale şi medicale):

> Eu zic altceva, şi vorbesc de zona noastră. Am fost întâi la un cabinet de consiliere, am organizat întâlniri cu personalul medical. La şedinţele cu medicii, cu asistentele din mediul rural, totdeauna era convocat şi asistentul medical comunitar, şi atunci le-am explicat de la început care este serviciul meu, ce pot

face, şi-am colaborat foarte bine cu ei. Acolo unde cadrele medicale există, colaborăm înainte de a se naşte copilul, şi când ajunge mama să nască, deja ştim. Chiar niciodată nu am avut copii părăsiţi, nici mame cu nume false... (FG10, specialişti servicii de prevenire DGASPC şi ONG, 15 iunie 2007)

Datele furnizate de către DGASPC ne ajută să surprindem faptul că, în 2006, luarea unei măsuri de protecţie a fost făcută mai des pentru copiii din mediul urban, cele mai frecvente fiind plasamentele copiilor cu vârste de 0-1 an, 10-14 ani şi, semnificativ ca diferenţă, 14-18 ani. În schimb, frecvenţa plasamentelor copiilor este mai ridicată în mediul rural comparativ cu cel urban la următoarele categorii de vârstă: 1-3 ani, 3-7 ani şi 7-10 ani.

Tabelul 55. *Situaţia intrărilor noi în sistemul de protecţie a copilului în 2006 în funcţie de mediul de proveniență*

Mediul de proveniență a copiilor	0-1 an	1-3 ani	3-7 ani	7-10 ani	10-14 ani	14-18 ani	Total
Urban	994	414	372	336	526	566	3.208
Rural	828	449	486	418	400	281	2.862
Total intrări noi	**1.822**	**863**	**858**	**754**	**926**	**847**	**6.070**

Analiza intrărilor noi în sistemul de protecţie pe grupe de vârstă

Grupa de vârstă 0-1 an

Copiii din această categorie de vârstă sunt cei mai vulnerabili în ceea ce priveşte riscul separării de părinţi. Observăm că majoritatea intrărilor noi în sistemul de protecţie aparţin copiilor cu vârste de până la un an (1.822 în anul 2006).

Deşi, aşa cum spuneam, cele mai multe plasamente în 2006 au fost din familie, observăm că la categoria 0-1 an există o pondere majoritară: 62% dintre copii provin din maternităţi (42%) şi secţii de pediatrie (20%). Astfel, instituţiile spitaliceşti reprezintă încă principala poartă de intrare în sistemul de protecţie a copiilor cu vârste de până într-un an. O treime dintre copiii plasaţi în sistemul de protecţie provin din familie (34%), iar cazurile de abandon în spaţii publice sau la cunoştinţe sunt izolate. Aceste cifre ne arată importanţa intervenţiilor specializate ale asistenţilor sociali în maternităţi şi secţii de pediatrie pentru evitarea separării copilului de părinţii săi, precum şi a unor servicii de prevenire la nivelul comunităţii, care să ofere servicii gravidelor şi tinerelor mame, înainte şi după naştere. Integrarea serviciilor sociale şi medicale la nivelul comunităţii este foarte importantă pentru asigurarea

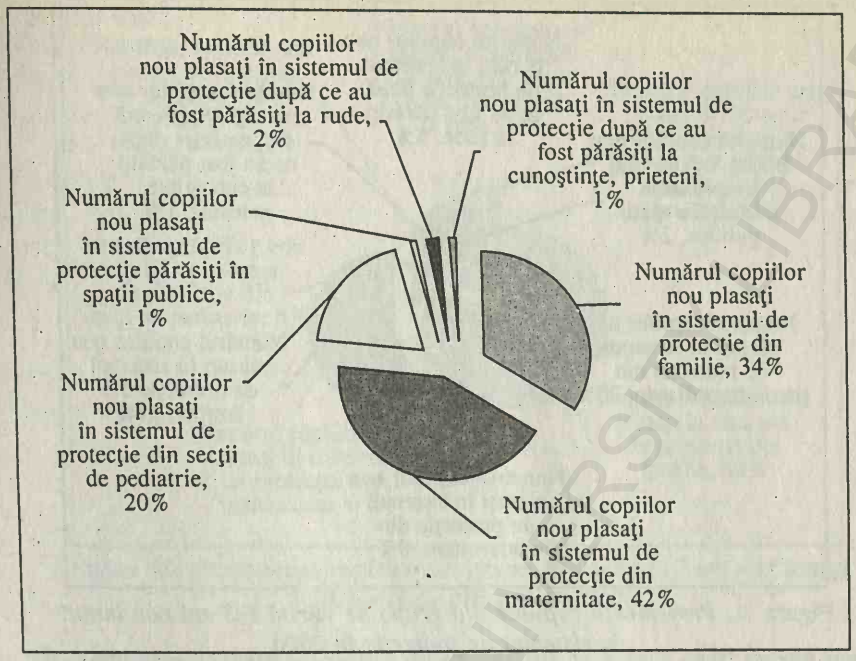


Figura 10. *Proveniența copiilor din grupa de vârstă 0-1 an nou intraţi în sistemul de protecţie în 2006*

unei intervenţii complexe, eficiente, menite să reducă riscul de separare a copilului de familia sa şi necesitatea luării unei măsuri de protecţie. De aceea, scăderea numărului de copii părăsiţi de părinţi în unităţi medicale, maternităţi sau secţii de pediatrie este posibilă nu doar ca rezultat al activităţii asistentului social, angajat al acestor instituţii, dar şi prin dezvoltarea unor servicii la nivel comunitar (monitorizarea gravidelor şi tinerelor mame, programe de educaţie a părinţilor în perioada pre- şi postnatală, sprijinirea părinţilor de către comunitate înainte de apariţia unor situaţii de criză, dezvoltarea unor centre comunitare de consiliere şi sprijin etc.

Grupa de vârstă 1-3 ani

Observăm că la această categorie de vârstă este şi mai uşor de sesizat importanţa serviciilor de prevenire de la nivel comunitar. Lipsa acestora face să crească numărul copiilor din familie pentru care s-a luat o măsură de protecţie în 2006. De asemenea, se menţine o pondere ridicată a numărului de copii părăsiţi în secţiile de pediatrie.

La categoria de vârstă 1-3 ani, situaţia se schimbă comparativ cu cea a nou-născuţilor. Plasamentele din familie în sistemul de protecţie reprezintă o pondere de 57% din totalul intrărilor noi la această categorie de vârstă, iar

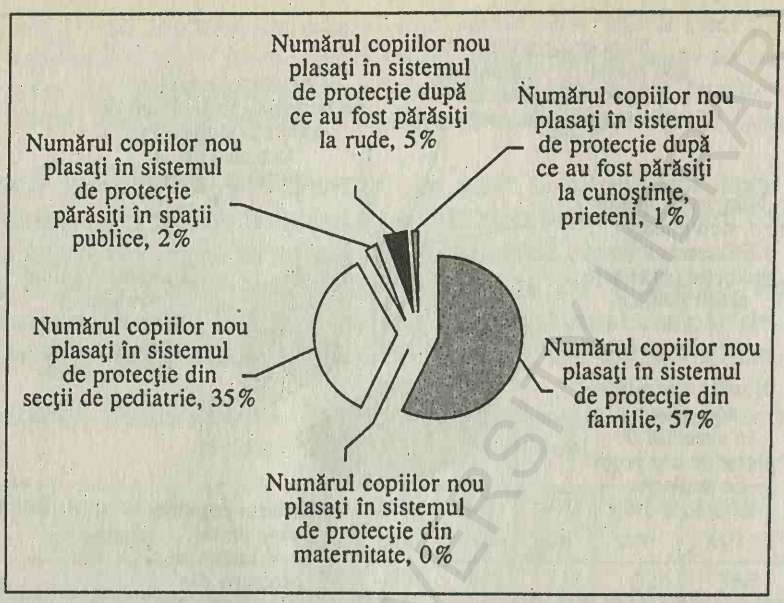


Figura 11. *Proveniența copiilor din grupa de vârstă 1-3 ani nou intraţi în sistemul de protecţie în 2006*

secţiile de pediatrie preiau cazuistica maternităţilor. 35% dintre copiii cu vârste între 1 şi 3 ani nou intraţi în sistemul de protecţie provin din secţii de pediatrie (copiii abandonaţi în maternităţi sunt plasaţi la familii de asistenţi maternali şi nu rămân în spital pentru o perioadă lungă de timp). Subliniem faptul că, la această vârstă, întâlnim o frecvenţă mai ridicată a copiilor abandonaţi la rude şi care, în final, ajung în sistemul de protecţie (5% din totalul intrărilor la această categorie de vârstă). De asemenea, creşte frecvenţa copiilor abandonaţi în spaţii publice (de la 1% în cazul copiilor cu vârste de până la un an la 2% pentru categoria 1-3 ani). În acest caz, accentul trebuie să se pună în mod deosebit pe activităţile de prevenire a separării copilului de familia sa, pe educaţia parentală şi pe dezvoltarea unor servicii la nivel comunitar. Secţiile de pediatrie sunt mai eficiente în prevenirea abandonului copilului dacă angajează propriul asistent social, ce are ca sarcini consilierea părinţilor, conectarea acestora la resurselor comunitare, lucrul în parteneriat cu asistenţii sociali comunitari etc.

Grupa de vârstă 3-7 ani

Vârsta preşcolară modifică structura provenienţei copiilor în sistemul de protecţie a copilului; deseori, lipsa unor servicii de sprijin pentru familie, cum ar fi grădiniţele, accentuează riscurile luării unei măsuri de protecţie pentru copiii aflaţi în familie.

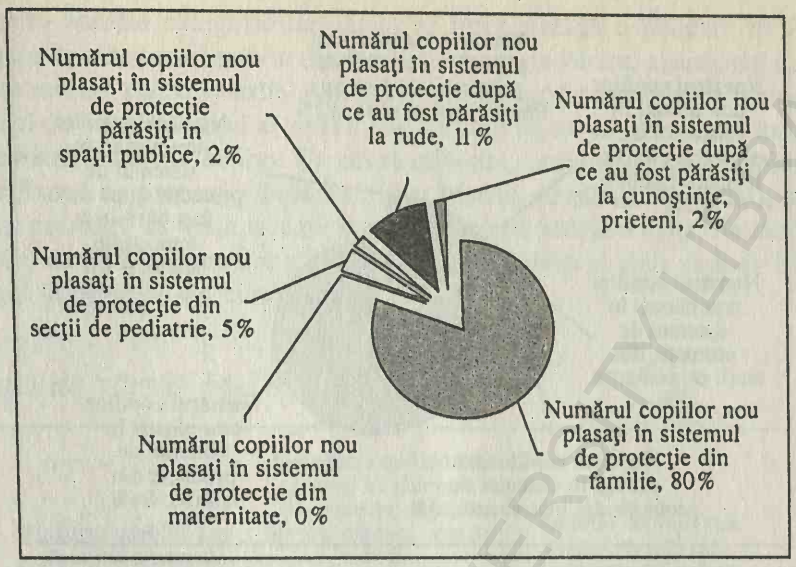


Figura 12. *Proveniența copiilor din grupa de vârstă 3-7 ani nou intraţi în sistemul de protecţie în 2006*

Începând cu această categorie de vârstă (de la 3 la 7 ani), putem constata că familia este principalul loc de unde provine copilul care a intrat în sistemul de protecţie (80% dintre cazuri). În acelaşi timp, observăm că scade ponderea cazurilor de copii abandonaţi în secţiile de pediatrie (5%), dar creşte foarte mult frecvenţa celor care sunt părăsiţi la rude (11%). Este o perioadă în care unii părinţi consideră că este mai uşor pentru copii să fie îngrijiţi de rude, pentru că sunt la vârsta preşcolară, iar obligaţiile privind educaţia şi creşterea acestora pot fi totodată mai uşor transferate altor persoane din familie. În general, copiii care ajung în sistemul de protecţie la această vârstă nu sunt incluşi în programe de educaţie oferite de grădiniţe, reprezentând o categorie marginalizată social. În rest, pentru celelalte situaţii (copii părăsiţi în spaţii publice şi la cunoştinţe), ponderea cazurilor rămâne constantă.

Grupa de vârstă 7-10 ani

La categoria de vârstă 7-10 ani, observăm că abandonl copiilor în secţii de pediatrie este practic nul (la nivel naţional, doar trei copii din această categorie de vârstă au ajuns în sistemul de protecţie din secţiile de pediatrie).

În figura următoare se observă că 84% dintre cazuri provin din familie şi 12% dintre copiii ajunşi într-o formă de protecţie provin de la rude, unde au fost abandonaţi de părinţi. Ponderea copiilor plasaţi în diferite forme de protecţie şi părăsiţi în spaţii publice ori la cunoştinţe sau prieteni rămâne constantă (2% pentru fiecare situaţie). Această categorie este şi cel mai puţin

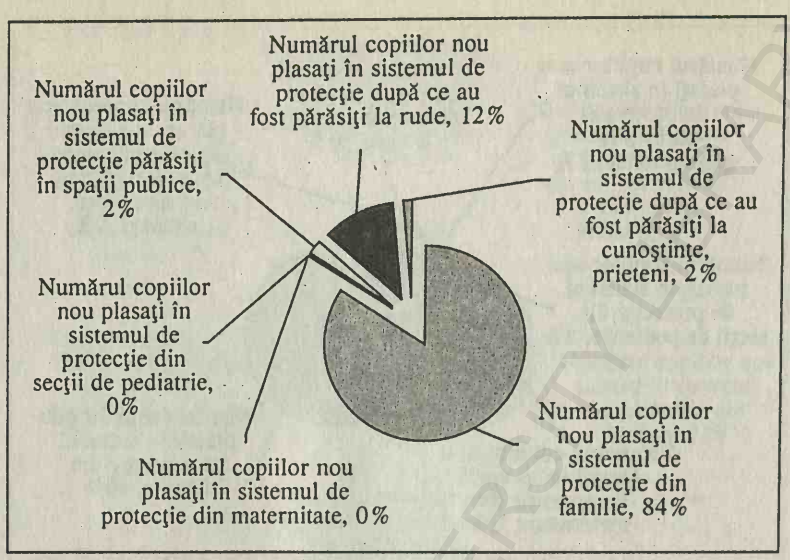


Figura 13. *Proveniența copiilor din grupa de vârstă 7-10 ani nou intraţi în sistemul de protecţie în 2006*

vulnerabilă în comparaţie cu celelalte, având ponderea cea mai scăzută din totalul copiilor intraţi în sistemul de protecţie în 2006 (754 de copii din totalul de 6.070).

Grupa de vârstă 10-14 ani

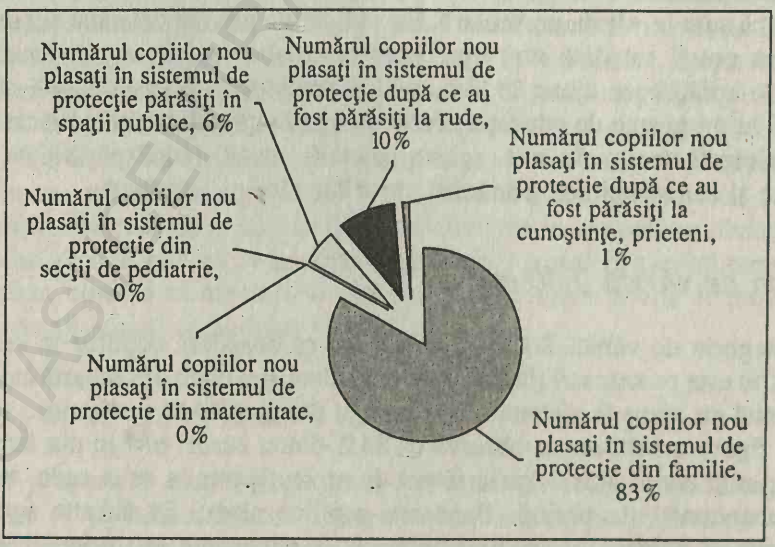


Figura 14. *Proveniența copiilor din grupa de vârstă 10-14 ani nou intraţi în sistemul de protecţie în 2006*

Pentru această categorie de vârstă se înregistrează o pondere de 83% a cazurilor în care copiii provin din familii. La aceste vârste, abandonul în spaţii publice este cel mai răspândit. Astfel, această categorie este cea mai vulnerabilă la riscul de a deveni copii ai străzii. Remarcăm faptul că abandonul în secţiile de pediatrie este rar întâlnit (la nivel naţional, un singur copil a fost plasat într-o formă de protecţie după ce a fost părăsit de părinţi în spital), aceasta fiind o perioadă de viaţă în care copilul îşi caută independenţa. Se menţine o pondere de 10% a cazurilor când copiii sunt părăsiţi la rude şi doar 1% sunt părăsiţi la prieteni sau cunoştinţe.

Grupa de vârstă 14-18 ani

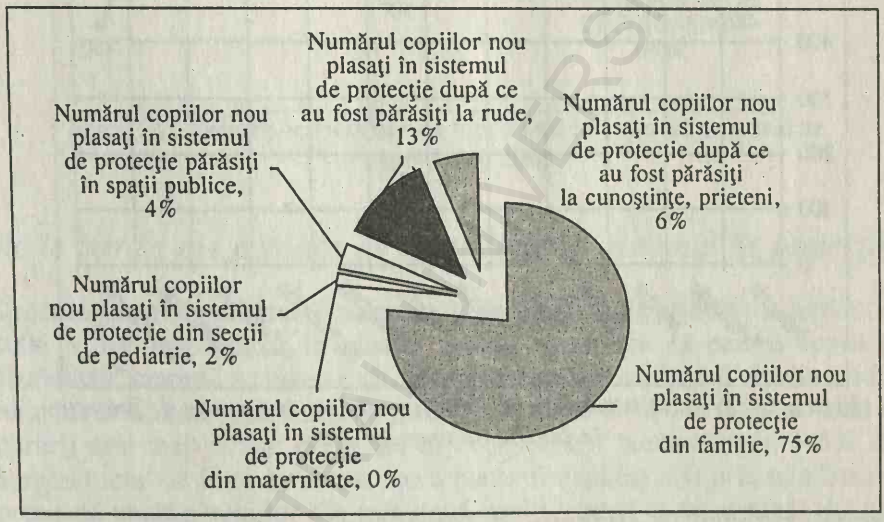


Figura 15. *Proveniența copiilor din grupa de vârstă 14-18 ani nou intraţi în sistemul de protecţie în 2006*

Această categorie de vârstă este cea mai afectată de fenomenul părăsirii copiilor la rude (13%) şi la prieteni sau cunoştinţe (6%), dar şi de luarea unei decizii de plasament. Familia este principala sursă de noi intrări în sistemul de protecţie (75%).

Luarea unei măsuri de protecţie pentru anul 2006

Din dorinţa de a analiza intrările noi în sistemul de protecţie a copilului, am cules inclusiv date de la DGASPC privind perioadele din an care sunt cele mai solicitate de presiunea de a plasa copii într-o formă de protecţie. Se poate observa din figura următoare că nu există diferenţe majore între numărul copiilor nou

intraţi în sistem între lunile anului. Putem doar să remarcăm că lunile cele mai solicitate în acest sens au fost, în 2006, următoarele : martie, iunie, septembrie, octombrie, iar maximul s-a înregistrat în luna noiembrie. Diferenţele pe luni ale plasamentelor în diverse forme de protecţie sunt un rezultat atât al influenţei pe care o au sărbătorile (numărul plasamentelor este mai scăzut în perioada Paştelui sau a Crăciunului), cât şi al programului de lucru al DGASPC şi al CPC în perioada concediilor sau a sărbătorilor legale.

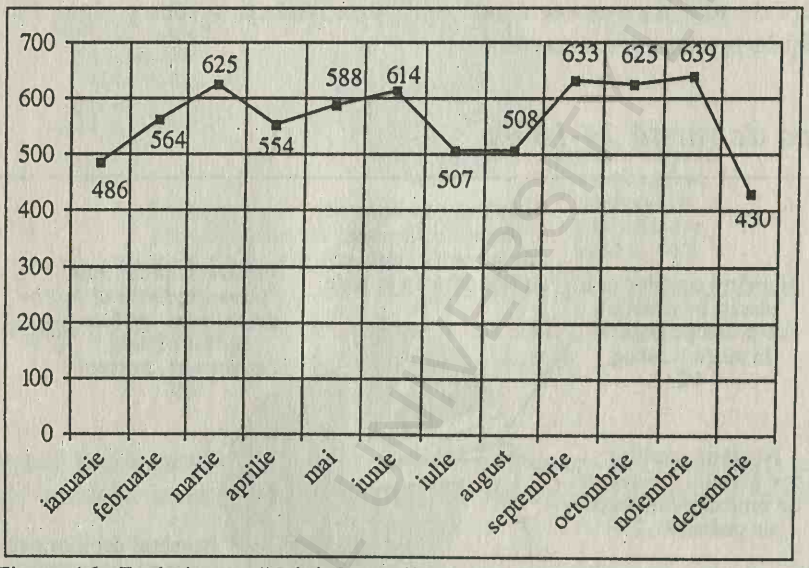


Figura 16. *Evoluţia numărului de copii nou intraţi în sistemul de protecţie în funcţie de timp, în 2006*

Decizia intrării în sistemul de protecţie

Analizând deciziile luate pentru oferirea unor forme de protecţie copiilor aflaţi în dificultate, observăm că, în 2006, s-au luat în total 6.204 de decizii, dintre care 6.070 pentru plasamente noi în sistemul de protecţie şi 134 pentru revenirea într-o formă de protecţie a copiilor care au fost iniţial reintegraţi în familie.

Tabelul 56. *Situaţia deciziilor de plasament în sistemul de protecţie a copilului în 2006*

Intrări în sistemul de protecţie prin decizia CPC/DGASPC	3.964
Intrări în sistem prin decizia tribunalului	2.240
Totalul deciziilor de plasament în sistemul de protecţie	**6.204**

În figura următoare se remarcă faptul că pentru 64% dintre copiii intraţi în sistemul de protecţie decizia a aparţinut DGASPC/CPC, iar pentru 36% - tribunalului.

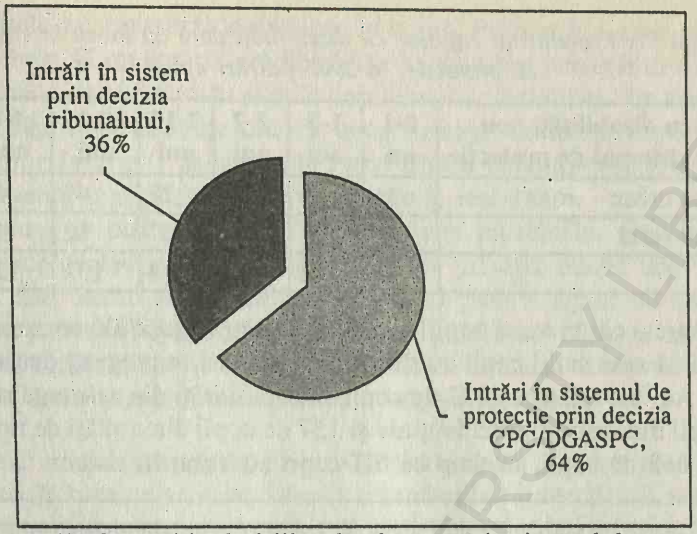


Figura 17. *Repartiţia deciziilor de plasament în sistemul de protecţie a copilului în 2006*

Noile intrări ale copiilor cu dizabilităţi în sistemul de protecţie

Dacă, în general, numărul plasamentelor în sistemul de protecţie a copiilor în 2006 a fost mai ridicat în mediul urban, observăm că pentru copiii cu dizabilităţi, raportul se inversează. Numărul copiilor cu dizabilităţi din mediul rural care au intrat în sistemul de protecţie în 2006 (55% din numărul total de intrări) este mai ridicat decât cel al copiilor din mediul urban (45% din numărul total de intrări). Acest lucru poate fi explicat atât prin ponderea în populaţia totală a copiilor din cele două medii, dar şi ca un rezultat al lipsei unor servicii specializate în mediul rural. Acesta este unul dintre motivele pentru care am selectat judeţul Suceava ca judeţ-pilot de culegere a datelor calitative, pentru a surprinde efectele serviciilor oferite de echipa mobilă la domiciliul copiilor cu dizabilităţi din mediul rural.

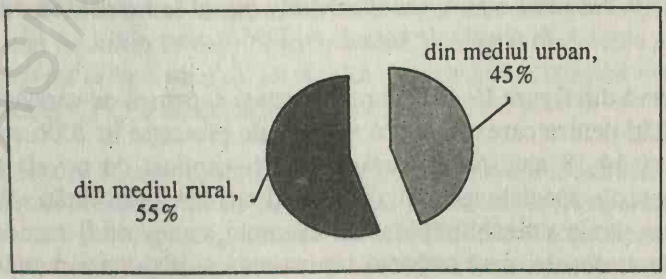


Figura 18. *Repartiţia copiilor cu dizabilităţi intraţi în sistemul de protecţie, în funcţie de mediul de proveniență, în 2006 (cazuri noi)*

Tabelul 57. *Proveniența copiilor cu dizabilități care au intrat în sistemul de protecție, în 2006 (intrări noi)*

Copiii cu dizabilităţi nou plasaţi în sistemul de protecţie	0-1 an	1-3 ani	3-7 ani	7-10 ani	10-14 ani	14-18 ani	Total
Din mediul urban	31	37	69	27	49	59	272
Din mediul rural	34	31	60	67	82	65	339
Total	**65**	**68**	**129**	**94**	**131**	**124**	**611**

De remarcat că, în cazul copiilor cu dizabilităţi, anul 2006 se caracterizează prin faptul că mai mulţi copii cu dizabilităţi au fost reintegraţi decât au intrat în sistem. Au fost reintegraţi 32 de copii cu dizabilităţi din asistenţă maternală, 472 de copii din instituţii rezidenţiale şi 157 de copii din unităţi de tip familial, totalizând 663 de copii, în timp ce 611 copii au intrat în sistem.

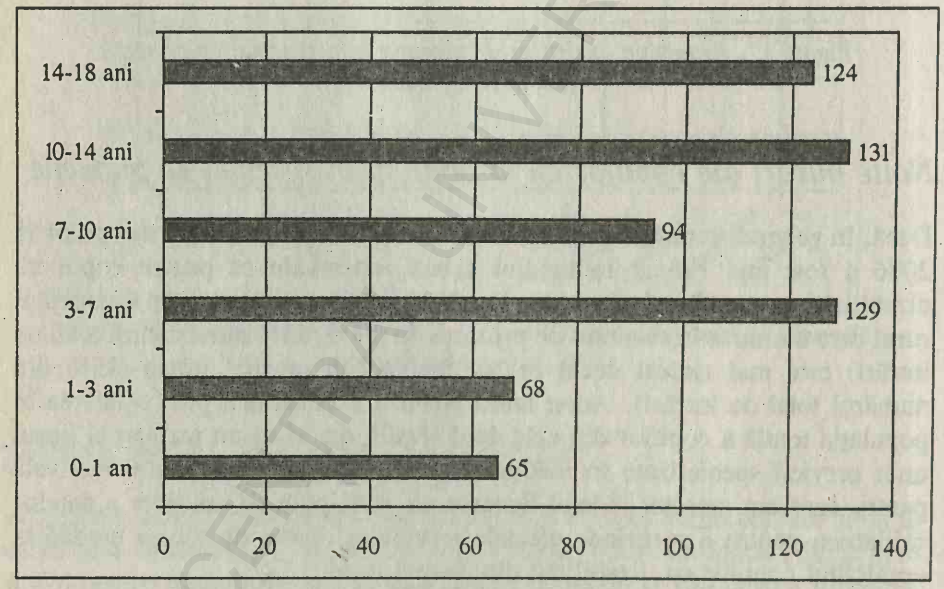


Figura 19. *Numărul copiilor cu dizabilităţi intraţi în sistemul de protecţie, în funcţie de vârstă, în 2006 (cazuri noi)*

Se observă din figura 19 că cele mai afectate categorii de vârstă ale copiilor cu dizabilităţi pentru care s-a luat o măsură de protecţie în 2006 sunt 3-7 ani, 10-14 ani şi 14-18 ani. Acest lucru poate fi explicat de nevoia de a urma cursuri în şcoli speciale pentru diferite tipuri de dizabilităţi, dar şi prin identificarea târzie a dizabilităţilor. De exemplu, categoria 0-1 an are cea mai mică pondere, deşi la nivel naţional reprezintă cel mai mare număr de copii, cu şi fără dizabilităţi, care au intrat în sistemul de protecţie (1.882 de copii). Numărul scăzut se menţine şi pentru categoria 1-3 ani, perioadă de vârstă în

care părintele nu sesizează deficienţe la copil. Problemele apar atunci când copilul trebuie să meargă la grădiniţă sau la şcoală şi personalul din unităţile de învăţământ identifică dificultăţile copilului cu dizabilităţi. De aceea, considerăm că este necesară dezvoltarea unor strategii de identificare timpurie a dizabilităţilor la copil, aceasta fiind una dintre condiţiile pentru asigurarea unor intervenţii mai eficiente în recuperare şi reabilitare.

După cum se poate observa din statisticile prezentate, presiunea asupra sistemului de protecţie a copilului în ceea ce priveşte luarea unei măsuri de protecţie este destul de ridicată. Aceasta şi pentru faptul că oamenii din comunitate cunosc activitatea DGASPC şi nu găsesc servicii la nivel comunitar. Ei apelează direct la serviciile DGASPC, fără a contacta asistentul social de la nivel local sau alţi reprezentanţi ai autorităţilor locale:

> Omul nu ştie şi apelează direct aici şi din cauza asta este presiunea foarte mare în ceea ce priveşte luarea unei măsuri de protecţie. Şi asta pentru că el nu cunoaşte etapele... nu ştie că la nivel local există un asistent social, că primăria are un cuvânt de spus pentru început asupra problemei şi că trebuie să intervină pentru rezolvarea ei. (FG9, asistenţi sociali comunitari şi asistenţi medicali comunitari, reprezentanţi ONG, 15 iunie 2007)

Pe de altă parte, lipsa unor servicii de prevenire la nivelul comunităţilor şi încercarea de transfer al responsabilităţii dinspre autorităţile locale către DGASPC menţin un număr ridicat de solicitări pentru situaţiile de criză. Aceste situaţii se acutizează mai ales atunci când nu există servicii de prevenire la nivel local:

> Din punctul meu de vedere, presiunea [privind solicitarea de a se lua o măsură de protecţie – *n.n.*] vine şi din faptul că nu există servicii dezvoltate la nivel local şi e un mers în virtutea trecutului, când Direcţia rezolva toate problemele care ţineau de protecţia copilului. (FG9, asistenţi sociali comunitari şi asistenţi medicali comunitari, reprezentanţi ONG, 15 iunie 2007)

O scădere a numărului de solicitări privind luarea unei măsuri de protecţie este văzută ca un rezultat al modului de lucru dintre DGASPC şi autorităţile locale, centrat pe informarea, conştientizarea şi responsabilizarea autorităţilor locale cu privire la dezvoltarea serviciilor de prevenire, acestea nemaifiind în sarcina DGASPC, ci a autorităţilor locale.

> Colaborarea aceasta cu autorităţile locale şi cu instituţiile publice a determinat scăderea numărului de copii care intră în sistem. Tot timpul am promovat legea, atât litera, cât şi spiritul ei. Am arătat că DGASPC protejează acum acei copii abuzaţi, neglijaţi, exploataţi. Acea intervenţie primară, acele servicii primare care au fost acordate până acum de DGASPC trebuie dezvoltate la nivel comunitar. (I19, director executiv adjunct DGASPC, 24 iunie 2007)

Deseori, în cazurile unor copii părăsiţi în maternitate, reintegrarea familială este realizată de către asistenţii sociali ai DGASPC, şi nu la iniţiativa asistenţilor sociali ai SPAS, deoarece, în cele mai multe situaţii, mamele care îşi părăsesc copiii în maternitate nu au beneficiat înainte de naştere de servicii sociale şi de monitorizare la nivel local.

> La noi [în maternitate – *n.n.*] au fost mai puţini anul trecut [2006 – *n.n.*], în jur de 22. Dintre aceşti copii, zece au ajuns într-o formă de protecţie, iar anul ăsta [până în luna iunie 2007 – *n.n.*] au fost doar şase copii părăsiţi, dintre care doi au avut ca măsură de protecţie asistenţa maternală, iar restul au fost reintegraţi. (FG10, specialişti servicii de prevenire DGASPC şi ONG, 15 iunie 2007)

Este interesant faptul că asistenţii sociali din maternitate, acolo unde aceştia există, contactează în primul rând DGASPC, fără a avea ca prioritate stabilirea unor relaţii cu asistenţii sociali de la nivelul SPAS. Acesta este şi un rezultat al faptului că centrarea se face în continuare pe sistemul de protecţie, şi nu pe serviciile de prevenire de la nivel local.

> Există asistent social în maternitate, care sesizează telefonic şi care mai face o adresă către Direcţie că au un copil ce urmează să fie abandonat. Ne sesizează şi atunci noi începem demersurile. (FG10, specialişti servicii de prevenire DGASPC şi ONG, 15 iunie 2007)

Revenirea în sistemul de protecţie după ce copiii au fost reintegraţi familial

Păstrând ca referinţă numărul de reintegrări realizate de către DGASPC în 2006, se observă că, la nivel naţional, din totalul de 2.536 de copii reintegraţi în familia naturală (520 din asistenţă maternală, 1.266 din centre de plasament şi 750 din unităţi familiale), 5,2% au reintrat în sistemul de protecţie (134 de copii).

Se poate sesiza faptul că cei mai afectaţi de riscul de reintrare în sistemul de protecţie sunt copiii cu vârste cuprinse între 10 şi 14 ani (27,6%), 14 şi 18 ani (21,6%) şi 7 şi 10 ani (19,4%). Categoria cel mai puţin afectată de riscul separării consecutive de familie se înregistrează la copiii cu vârste de până la un an (7,5% din totalul reintrărilor în sistem). Totuşi, observăm că majoritatea copiilor reintraţi în sistemul de protecţie, după ce au fost reintegraţi familial la această vârstă (0-1 an), provin din mediul rural.

Se poate observa faptul că, din totalul copiilor reintraţi în sistemul de protecţie după ce au fost reintegraţi familial, 62,7% provin din mediul rural, situaţie care poate fi un rezultat al dificultăţilor de monitorizare din partea DGASPC, al lipsei de implicare a autorităţilor locale, al lipsei unor servicii de sprijin la nivel comunitar sau al inexistenţei unor reţele sociale de sprijin pentru părinţi. Din

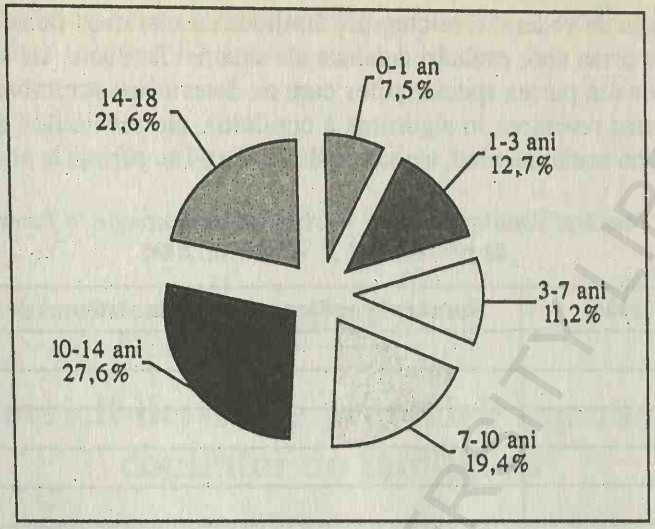


Figura 20. *Repartiţia copiilor reintraţi în sistemul de protecţie după reintegrare familială în funcţie de vârstă, în 2006*

Tabelul 58. *Numărul copiilor reintraţi în sistemul de protecţie în funcţie de mediul de proveniență şi vârstă, în 2006*

Mediul de proveniență	0-1 an	1-3 ani	3-7 ani	7-10 ani	10-14 ani	14-18 ani	Total
Mediu rural	9	12	10	16	20	17	84
Mediul urban	1	5	5	10	17	12	50
Total	**10**	**17**	**15**	**26**	**37**	**29**	**134**

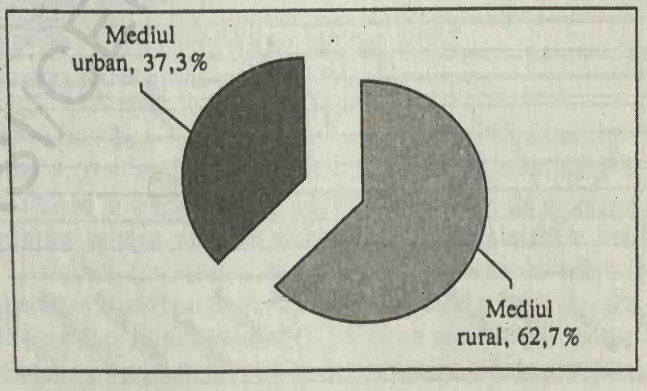


Figura 21. *Repartiţia copiilor reintraţi în sistemul de protecţie după reintegrare familială în funcţie de mediul de proveniență, în 2006*

punctul nostru de vedere, o reintegrare familială cu mai mari şanse de reuşită se realizează în urma unor evaluări detaliate ale situaţiei familiale, ale activităţilor şi intervenţiilor din partea specialiştilor care au determinat schimbarea mediului familial pentru revenirea în siguranţă a copilului, ale serviciilor de educaţie a părinţilor şi, nu în ultimul rând, ale suportului pe care-l au părinţii la nivel comunitar.

Tabelul 59. *Numărul copiilor reintraţi în sistemul de protecţie în funcţie de mediul de proveniență şi vârstă, în 2006*

Luna (2006)	Numărul copiilor reintraţi în sistemul de protecţie
Ianuarie	8
Februarie	3
Martie	11
Aprilie	8
Mai	14
Iunie	11
Iulie	17
August	5
Septembrie	12
Octombrie	13
Noiembrie	18
Decembrie	14
Total	**134**

Repartiţia numărului de reintrări în sistem în cursul anului 2006 a fost inegală, cele mai solicitate luni fiind iulie şi noiembrie. În total, 134 de copii au fost plasaţi într-o formă de protecţie după reintegrarea familială.

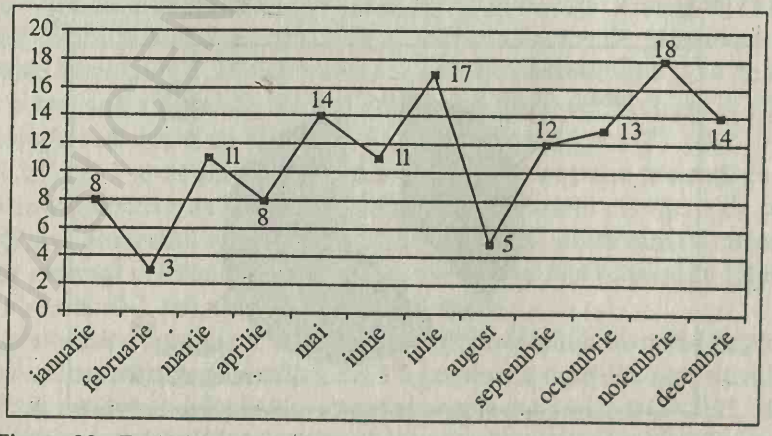


Figura 22. *Evoluţia numărului de copii reintraţi în sistemul de protecţie în funcţie de timp, în 2006*

Capitolul 10

Servicii destinate prevenirii separării copilului de familia sa

Înfiinţarea şi acreditarea SPAS

Deşi legislaţia în vigoare susţine necesitatea înfiinţării SPAS, autorităţile locale nu au reuşit să finalizeze încă acest proces. În mediul urban, doar în 55,0% dintre municipii şi oraşe s-au înfiinţat astfel de structuri şi, dintre cele înfiinţate, doar 62,6% sunt acreditate pentru desfăşurarea serviciilor de asistenţă socială.

Tabelul 60. *Situaţia înfiinţării şi acreditării SPAS în mediul urban, la 1 mai 2007*

Numărul municipiilor/oraşelor	325
Numărul municipiilor/oraşelor care au înfiinţat SPAS	179
Numărul municipiilor/oraşelor care au SPAS acreditate	112

În mediul rural, doar 13,8% dintre comune au înfiinţat SPAS şi, dintre acestea, numai 57,0% au fost acreditate. Acreditarea serviciilor reprezintă un proces de evaluare a capacităţii autorităţilor locale de a respecta anumite standarde minime pentru oferirea unor servicii sociale către beneficiarii din comunitate. Evitarea întocmirii dosarelor în vederea acreditării serviciilor reprezintă, pe de o parte, un semn al minimalizării rolului pe care-l au aceste servicii în comunitate şi al neasumării de către autorităţile locale a responsabilităţilor în ceea ce priveşte serviciile de prevenire. Pe de altă parte, constituie un indicator al incapacităţii autorităţilor de a oferi servicii de calitate conform unor standarde minime.

Tabelul 61. *Situaţia înfiinţării şi acreditării SPAS în mediul rural, la 1 mai 2007*

Numărul comunelor din judeţe	2.881
Numărul comunelor care au înfiinţat SPAS	398
Numărul comunelor care au SPAS acreditate	227

Asistenţa socială comunitară

Percepţia comunităţii faţă de asistentul social a suferit modificări, acesta fiind văzut ca venind în întâmpinarea unor nevoi ale oamenilor din comunitate, în condiţiile în care nu primeşte suficient sprijin din partea autorităţilor, având o profesie puţin valorizată social.

> S-a schimbat modul în care oamenii ne văd acum în comună. Înainte, asistenţii sociali erau priviţi doar ca cei care fac alocaţiile. Aşa că noi am discutat cu ei, nu suntem numai cei care le dăm alocaţii şi ajutor social. Nu ! Suntem cei care vrem să fim alături de ei şi să le rezolvăm problemele, atât cât putem. (FG9, asistenţi sociali comunitari şi asistenţi medicali comunitari, reprezentanţi ONG, 15 iunie 2007)

Lipsa unor fonduri la nivelul primăriilor pentru sprijinul de urgenţă necesar familiilor aflate într-o perioadă de criză, lipsa de conştientizare din partea primarului a importanţei activităţilor desfăşurate de asistentul social şi accesul redus la un mijloc de transport pentru deplasări la cazurile sociale aflate în satele din respectivele comune sunt considerate de către asistenţii sociali comunitari drept dificultăţi majore în oferirea unor servicii sociale de calitate :

> Sunt situaţii când avem nevoie de nişte bani pentru familia respectivă... niciodată nu ne sprijină primarul. Dacă mergi acasă la o familie din alt sat, [primarul] îţi spune să termini repede şi în trei minute eşti înapoi în maşină. I-am spus că nu pot să fac totul în cinci minute. Este copil, trebuie să vorbeşti cu el, să-mi spună ce a făcut la grădiniţă, să discut cu părinţii. Şi el îmi dă replici de tipul : „Tu mănânci aiurea banii Primăriei şi nu faci nimic. Te dau afară". [...] Dacă nu mă dă de zece ori pe săptămână afară, n-am făcut nimic. (FG8, mai 2007).

> Primarul şi vicele au maşină de seviciu, dar sunt probleme şi probleme în fiecare comunitate. Nu stă după noi. Nu-ţi spune cât să stai, dar se tot uită la ceas, şi poate că trebuie să stai mai mult, uiţi anumite probleme, pentru că nu ai timpul necesar. Şi nici la primărie nu ai unde să faci consiliere. (FG8, specialişti servicii de prevenire de la nivelul primăriilor, 13 mai 2007)

Pe lângă aceste lipsuri, asistenţii sociali comunitari consideră că sunt supraîncărcaţi în ceea ce priveşte întocmirea dosarelor pentru diferite prestaţii

sociale, iar cei mai mulţi dintre participanţii la focus-grupuri simt acut lipsa unui spaţiu necesar consilierii beneficiarilor.

> Munca noastră la comună este foarte grea. Suntem supraaglomeraţi. Alocaţii, prestaţii, copiii şi tot ce înseamnă asistenţă socială, totul este în seama noastră, şi atunci, în momentul în care se iveşte ceva special, vine omul sau mergi tu şi faci consilierea. Programul nostru este 24 din 24, ca al preotului sau ca al poliţistului. (FG8, specialişti servicii de prevenire de la nivelul primăriilor, 13 mai 2007)

> Ca să lucrezi în prevenire, trebuie să ai servicii. Atât timp cât n-ai măcar un cabinet de consiliere, un centru de zi, n-ai o cantină, este foarte greu să faci prevenire. Atât timp cât unii consideră că-i pierdere de vreme. Ca să-i determeni pe primari să facă din proprie iniţiativă e mai greu, iar să-i obligi... nu e cazul. (FG8, specialişti servicii de prevenire de la nivelul primăriilor, 13 mai 2007)

Priorităţile comunei sunt considerate a fi serviciile necesare unei populaţii mai largi, nu numai cele destinate cazurilor sociale. De aceea, mare parte dintre investiţiile din mediul rural sunt direcţionate către consolidarea şi reabilitarea spaţiilor de învăţământ:

> Să spunem că sunt opt şcoli la noi în localitate. Dintre acestea, patru aproape că se dărâmă. Şi atunci, au pus şcolile pe primul loc, că sunt mult mai mulţi copii care învaţă acolo şi toţi banii care au fost şi prin alte proiecte s-au folosit pentru a repara şcolile... Şi mai greu se lucrează la un centru de zi, pentru că nu mai sunt bani. (FG9, asistenţi sociali comunitari şi asistenţi medicali comunitari, reprezentanţi ONG, 15 iunie 2007)

> Şi noi avem anul ăsta patru şcoli în renovare, reparaţii şi construcţii. În plus, sediul primăriei şi dispensarul, care-i gata chiar acuma. Căminul cultural, la fel, intră în modernizare. Dar este necesar un centru de zi şi domnul primar chiar este de acord cu ideea asta, să facem un proiect pentru un centru de zi. Chiar doreşte să realizeze unul. (FG9, asistenţi sociali comunitari şi asistenţi medicali comunitari, reprezentanţi ONG, 15 iunie 2007)

La nivelul DGASPC s-a produs o modificare în ceea ce priveşte responsabilitatea organizării şi oferirii unor servicii destinate prevenirii separării copilului de familia sa. Personalul DGASPC consideră că responsabilitatea principală a acestei instituţii este cea de coordonare metodologică a serviciilor de prevenire de la nivel local.

> Facem prevenire atât timp cât coordonăm metodologic activitatea serviciilor de la nivelul comunităţilor din judeţ, în sensul că le îndrumăm, le arătăm cum să întocmească planul de servicii pentru un copil aflat în comunitate şi care este în dificultate. Monitorizăm... şi doar în cazuri excepţionale luăm o măsură de protecţie... Copilul trebuie să fie păstrat în familie cu

ajutorul nostru sau al primăriei... (FG7, specialişti servicii de prevenire servicii publice şi private, 14 mai 2007)

Pentru organizarea şi dimensionarea serviciilor de prevenire de la nivel local s-a subliniat rolul important al evaluării nevoilor dintr-o comunitate şi al mobilizării resurselor comunitare în funcţie de acestea. Ceea ce înseamnă că serviciile de prevenire se pot plia mai bine pe nevoile comunităţii dacă la nivel local există un interes pentru identificarea acestor nevoi şi pentru construirea unei strategii locale adaptate lor.

Problema – sau durerea mare pe care o văd eu – este că nu există din partea comunităţilor locale o evaluare foarte clară a situaţiei la nivelul comunităţii. Să ştim dacă facem un centru de zi, nu să-l facem fiindcă vrem şi fiindcă dă bine la cei din jur. Cu ce mă ajută pe mine? E posibil ca centrul respectiv să nu trebuiască să fie făcut de 20 de locuri, poate e suficient numai de opt locuri sau de cinci locuri... ca idee spun. Deci, o evaluare foarte clară ar fi foarte utilă. O evaluare clară a situaţiei, a necesarului de servicii. Să nu mai mergem să oferim, să mergem să facem servicii de dragul de a le face. (I9, director executiv adjunct, DGASPC, 12 mai 2007)

Evitarea evaluării nevoilor din comunitate reprezintă şi o formă de ignorare a problemelor sociale cu care se confruntă membrii acesteia. Din punctul de vedere al DGASPC, la nivel local există resurse umane pentru identificarea acestor nevoi şi pentru oferirea unor servicii de prevenire. Pe de altă parte, autorităţile locale solicită luarea unei măsuri de protecţie în situaţii de criză, fără ca acele cazuri speciale să fi beneficiat de servicii sociale pentru prevenirea crizei şi, implicit, pentru reducerea riscului de separare a copilului de familia sa.

Eu asta spun, evaluarea mi se pare foarte, foarte importantă: ei trebuie să-şi facă evaluarea la nivel comunitar, prin asistenţi medicali comunitari, prin asistenţi sociali comunitari din cadrul primăriei, după care trebuie realizat şi aplicat planul de servicii... Dar, dacă el nu a făcut nimic până să solicite sprijinul DGASPC şi dacă nici asistentul respectiv nu se implică... nu se poate. Consiliile Comunitare Consultative sunt foarte bune, dar ele sunt făcute la nivelul primăriei şi nu prea funcţionează. (I9, director executiv adjunct, DGASPC, 12 mai 2007)

De subliniat este şi faptul că discursul instituţional al reprezentanţilor DGASPC faţă de asistentul social comunitar este construit pe baza suportului pe care acesta îl poate oferi pentru prevenirea luării unei măsuri de protecţie.

Bine, avem un suport din partea asistentului social din comună, îi verificăm rudele şi, dacă nu există posibilitatea integrării copilului în familia extinsă, atunci se ia o măsură de protecţie... [asistentul social comunitar] colaborează la întocmirea şi la completarea dosarului.... (FG10, specialişti servicii de prevenire DGASPC şi ONG, 15 iunie 2007)

Asistenţa medicală comunitară

Asistentul medical comunitar reprezintă o resursă valoroasă pentru asigurarea unor servicii comunitare cu implicaţii benefice asupra reducerii riscului de separare a copilului de părinţii săi. La nivel naţional, la 1 mai 2007, dintre cele 2.881 de comune, 628 aveau cel puţin un asistent medical comunitar, ceea ce reprezintă o acoperire de 21,8% din totalul necesar la nivel naţional. Dezvoltarea acestei reţele a fost posibilă datorită alocării de către Ministerul Sănătăţii a fondurilor necesare în cadrul unui program naţional şi interesului manifestat de autorităţile judeţene de sănătate publică, ce au înţeles importanţa acestei activităţi la nivel local. Chiar dacă sunt alocate fonduri speciale pentru acest program, există numeroase judeţe care nu au dezvoltat o reţea de asistenţi medicali comunitari. O problemă rămâne încă deschisă: aceea referitoare la statutul asistentului medical comunitar şi la modul în care acesta este perceput în structura serviciilor de la nivel comunitar.

> Ei [asistenţii medicali comunitari] sunt plătiţi prin programele naţionale de la bugetul de stat, iar mecanismul financiar este următorul: bugetul de stat de la Ministerul Sănătăţii este transmis la Autoritatea de Sănătate Publică şi banii se transferă în contul spitalelor; ei sunt angajaţi în structura spitalelor, cu subordonare metodologică a Sănătăţii Publice... au contracte de muncă determinate şi nu este clarificat statutul lor profesional. (I12, coordonator asistenţi medicali comunitari, 15 iunie 2007)

Deşi aceste tipuri de servicii au început să fie oferite în unele judeţe încă din 2004, activitatea asistenţilor medicali comunitari este încă văzută ca o formă de pionierat la nivel naţional, cu activităţi centrate în mod special asupra copilului de vârstă mică, asupra femeilor gravide, persoanelor de vârsta a treia şi asupra celor care nu au asigurare medicală.

> Noi [Autoritatea de Sănătate Publică – *n.n.*], prin programul Ministerului Sănătăţii, am început încă din 2004 recrutarea în fiecare comunitate de asistenţi medicali comunitari, cu atribuţiile lor principale de asistenţă a gravidei, lehuzei şi a copilului. În subsidiar, mai au şi activităţi pentru îngrijirea vârstnicilor şi a celor fără asistenţă medicală. Dar, în principal, este asistenţa copilului şi a mamei... (I10, director adjunct Autoritatea de Sănătate Publică, 13 mai 2007)

Axată în principal pe monitorizarea cazurilor nou-născuţilor, activitatea asistenţilor medicali comunitari contribuie într-o mare măsură la identificarea problemelor, inclusiv sociale, cu care se confruntă familiile, reprezentând o resursă foarte importantă pentru sesizarea cazurilor sociale sau a problemelor medicale.

> Asistentul medical comunitar monitorizează toate cazurile de nou-născuţi... îi vizitează mai des decât medicul de familie, pentru ca acesta este programul lui, centrat pe teren, ghidează, consiliază mama. Îi oferă informaţii cu

privire la tehnica alăptării, o îndrumă către servicii medicale, vaccinări și, dacă sunt probleme, sesizează medicul de familie... (FG10, specialiști servicii de prevenire DGASPC și ONG, 15 iunie 2007)

Se constată că asistentul medical comunitar reprezintă un nod de comunicare foarte important, participând la întărirea rețelei de servicii de la nivel comunitar. Activitatea zilnică de monitorizare a nou-născuților în mediul lor familial, de exemplu, constituie o formă de sprijin a familiei și de conectare a categoriilor de populație defavorizate la serviciile medicale și sociale.

Sunt multe avantaje ale existenței asistentului medical comunitar. În primul rând, pentru segmentul de populație defavorizat, o creștere a accesului la serviciile de sănătate. Și aici sunt două aspecte: populația care nu este asigurată și nu se află pe lista medicului de familie din comunitatea respectivă are un acces mai scăzut, bineînțeles, la serviciile medicale. Acest asistent medical comunitar este singurul la ora actuală din România care acordă un pachet minim de servicii medicale la domiciliul persoanei. (I12, coordonator asistenți medicali comunitari, 15 iunie 2007)

Vizitele periodice ale asistenților medicali comunitari în familiile cu copii, cu persoane cu dizabilități, cu boli cronice sau în cele ale persoanelor vârstnice oferă posibilitatea de a depista cazuri medicale și sociale, cazuri de copii expuși riscurilor de abuz și neglijare, copii cu dizabilități care nu beneficiază de drepturile legale, copii care prezintă riscul de a intra în sistemul de protecție. Contactul permanent cu familiile la domiciliul acestora a făcut ca percepția față de asistentul medical comunitar să fie una pozitivă, atât la nivelul membrilor comunității, cât și la cel al autorităților locale și județene.

Eu [asistent medical comunitar - *n.n.*] merg pe teren și, dacă este un caz medical, anunț medicul de familie, dacă este un caz social, anunț autoritățile locale, asistentul social. Acum mă cunoaște toată lumea și mă respectă. (FG9, asistenți sociali comunitari și asistenți medicali comunitari, reprezentanți ONG, 15 iunie 2007)

În primul rând [asistentul medical comunitar] merge la domiciliul mamei care a născut și face o analiză de situație. Identifică nevoile familiei respective și, în funcție de natura nevoii, dacă este de ordin social sesizează serviciile sociale din primării; dacă problemele sunt de ordin medical, accentul este pus pe creșterea accesului la servicii medicale, pe informarea populației asupra drepturilor pe care le are, pentru că la țară populația este foarte slab informată, accesul la informație este dificil. (I12, coordonator asistenți medicali comunitari, 15 iunie 2007)

De remarcat este și faptul că identificarea timpurie de către asistenții medicali comunitari a problemelor de dezvoltare a copiilor reprezintă un model de intervenție la nivelul comunității generat de evaluarea lunară a

situaţiei din comună, activitate care ar putea fi împărtăşită şi de alţi reprezentanţi ai serviciilor sociale de la nivel comunitar.

> Accentul activităţii lor [a asistenţilor medicali comunitari – *n.n.*] se pune pe grupul-ţintă, ca să zic aşa, care este format din gravide, copii mici, cu un plus de atenţie pentru cei cu vârsta până într-un an. Şi bolnavii cronici sunt în atenţia lor. Ei iau permanent pulsul problemelor din comunitate şi sunt bine informaţi, făcând vizite la domiciliul persoanelor. (I12, coordonator asistenţi medicali comunitari, 15 iunie 2007)

> Dacă eu mă ocup de partea socială, asistentul medical vede problemele din punctul lui de vedere... şi asta este un avantaj. Cred că ne ajută foarte mult, cel puţin în problemele medicale ale persoanelor cu handicap, la copii, unde apar probleme. Un asistent medical care lucrează zi de zi cu aceeaşi problemă îşi dă foarte bine seama de probleme. Un copil care are probleme de dezvoltare neuropsihică, de exemplu, dacă este vizitat de către asistentul medical comunitar şi acesta îl vede, atunci este mult mai uşor să-l direcţionez pentru reabilitare. (FG9, asistenţi sociali comunitari şi asistenţi medicali comunitari, reprezentanţi ONG, 15 iunie 2007)

> El [asistentul medical comunitar – *n.n.*] depistează cazurile... se duce, îl cântăreşte pe copil, îşi dă seama că la vârsta aceea nu are greutatea necesară sau nu-i dezvoltat normal din punct de vedere psihic... şi de asta e mai uşor dacă în comună există şi un asistent medical comunitar. (FG9, asistenţi sociali comunitari şi asistenţi medicali comunitari, reprezentanţi ONG, 15 iunie 2007)

Chiar dacă, iniţial, asistentul medical comunitar s-a confruntat cu multe ambiguităţi legate de felul în care a fost perceput statutul său în comunitate, el este considerat una dintre resursele importante ale comunităţii, o persoană care deţine informaţii esenţiale despre cazurile vizitate, bazându-se foarte mult pe contactul direct cu familia, pe observarea copilului şi a părinţilor în mediul lor de viaţă.

> Este singura resursă care merge permanent în familii. Hai să luăm exemple, cine mai are activitatea centrată pe vizite la domiciliu? Deci, ei asta fac. Este o resursă foarte importantă pentru autorităţi, o resursă valoroasă la nivel comunitar care începe să fie înţeleasă mai ales de medicii din comune care, iniţial, îi vedeau ca pe nişte subordonaţi. (I12, asistenţi sociali comunitari şi asistenţi medicali comunitari, reprezentanţi ONG, 15 iunie 2007)

Datorită faptului că asistentul medical comunitar intră în contact cu familiile în mediul lor, realizează vizite periodice şi le oferă sprijin, serviciile sale se adaptează mai uşor nevoilor identificate. Această flexibilitate a serviciilor oferite de către asistenţii medicali comunitari reprezintă o caracteristică esenţială în dimensionarea serviciilor oferite, în funcţie de situaţia existentă la nivel local.

> Asistenţii medicali comunitari se adaptează nevoilor din comunitate. Dacă au mai multe gravide, desfăşoară acţiuni de informare pe promovarea consultaţiei prenatale. Dacă au gravide în ultimul trimestru de sarcină, pe promovarea alăptării. Deci se pliază în funcţie de problematică. (I12, asistenţi sociali comunitari şi asistenţi medicali comunitari, reprezentanţi ONG, 15 iunie 2007)

În sfera aceloraşi servicii oferite la nivel local, unele comunităţi au optat şi pentru angajarea *mediatorilor sanitari*, care lucrează în comunităţile rrome pentru facilitarea accesului acestei populaţii la servicii medicale şi pentru sesizarea autorităţilor locale cu privire la cazurile sociale identificate.

> Mediatorii sanitari sunt oarecum centraţi pe partea medicală, nu intră în profunzimea problemelor. Nu pot să facă nicio manevră medicală. Dar, la fel, identifică problemele, au o imagine reală asupra comunităţii, iar cazurile sociale le predau asistentului social comunitar. De fapt, ei sunt puntea de legătură dintre populaţia rromă şi cadrele sanitare, şi nu numai. Ei au mai mult acces în comunitatea rromă. (I12, coordonator asistenţi medicali comunitari, 15 iunie 2007)

În concluzie, prezenţa asistenţilor medicali comunitari şi a mediatorilor sanitari constituie o formă de consolidare a unor servicii integrate la nivel comunitar, un model de asistenţă, de identificare a cazurilor şi de intervenţie care ar putea sta la baza dezvoltării serviciilor sociale comunitare.

Consiliile comunitare consultative

Văzute ca structuri de sprijin comunitar ce pot fi implicate în asigurarea respectării drepturilor copilului şi în intervenţia la nivel comunitar pentru reducerea riscului de separare a copilului de familia sa, consiliile comunitare consultative reprezintă totodată începutul unui proces de dezvoltare şi stimulare a spiritului comunitar. În multe comune (1.608 mai precis, reprezentând 55,8% din numărul total la nivel naţional) au fost înfiinţate astfel de structuri, dar încă nu funcţionează pentru a produce efectele intenţionate.

Tabelul 62. *Situaţia înfiinţării consiliilor comunitare consultative în mediul rural, la 1 mai 2007*

Comune în care s-au înfiinţat consilii comunitare consultative	1.608
Total comune	**2.881**

Dezvoltarea consiliilor comunitare consultative este un proces care a început în cele mai multe dintre comunităţile rurale, dar care nu a obţinut încă rezultate vizibile în ceea ce priveşte reducerea riscului de separare a copilului de familia sa. Chiar dacă sunt înfiinţate prin decizii ale consiliului local, aceste structuri comunitare au rămas în cele mai multe situaţii la acest nivel. În etapa

de culegere a datelor am întâlnit comunităţi în care consiliul comunitar consultativ nu s-a întrunit niciodată de când s-a constituit. În unele situaţii, membrii acestor structuri consultative nici nu ştiu că fac parte din consiliile comunitare, iar acolo unde cunosc acest lucru nu au dezvoltat sentimentul de apartenenţă la acestea şi nici nu au avut iniţiativa unor astfel de întâlniri.

> Este drept că aceste consilii comunitare consultative s-au înfiinţat şi ca urmare a presiunilor pe care instituţia noastră [DGASPC - *n.n.*] le-a făcut asupra autorităţilor locale. S-au organizat acţiuni, deci pur şi simplu echipa de la DGASPC s-a deplasat în fiecare comună, s-a discutat cu factorii de decizie, le-am trimis şi adrese cu ceea ce înseamnă consiliile comunitare consultative, care sunt atribuţiile etc. Din păcate, este posibil ca aceste consilii comunitare să existe doar pe hârtie şi să nu funcţioneze. Nu pot confirma cu certitudine acest fenomen. (I19, director executiv adjunct, DGASPC, 24 iunie 2007)

> În judeţul nostru nu există consilii comunitare consultative în toate comunele. Cred că în jumătate dintre ele există, dar acolo unde sunt, nu ştiu dacă funcţionează aşa cum ar trebui... nu am avut niciun caz de copil pentru care să se fi solicitat luarea unei măsuri de protecţie şi care să fi fost discutat înainte în consiliul comunitar. (I11, director executiv adjunct, DGASPC, 15 iunie 2007)

În cazurile în care consiliile comunitare au început să funcţioneze, iar membrii să se întâlnească şi să dezbată probleme din comunitate, acest lucru s-a întâmplat în special în urma unor iniţiative externe, aparţinând DGASPC sau unui ONG.

> În întâlnirile cu consiliile comunitare consultative s-a dezbătut problema abuzului, exploatării, neglijării copilului. Exploatarea asta este o mare problemă. La noi în zonă este nenorocire. Noi [reprezentanţi ai DGASPC - *n.n.*] am supărat foarte mulţi primari şi consilieri, inclusiv poliţişti când le-am spus că un copil n-are voie să păzească oile, că mulţi [membri ai consiliilor comunitare consultative - *n.n.*] erau de acord cu asta. Le-am explicat că noua legislaţie în asistenţă socială îi responsabilizează şi le revin foarte multe obligaţii faţă de copii, am mers pe informarea tuturor personalităţilor locale care fac parte din aceste consilii comunitare consultative, cum să sesizeze, cum să monitorizeze, cum să ajute. (FG12, specialişti servicii de prevenire DGASPC şi maternităţi, 25 iunie 2007)

În cadrul focus-grupurilor şi al interviurilor individuale s-au identificat o serie de cauze care generează o slabă implicare a consiliilor comunitare consultative în viaţa comunităţii, cum ar fi:

a) înfiinţarea acestora ca rezultat al unor presiuni din partea consiliilor judeţene;
b) percepţia comună că acest consiliu comunitar trebuie înfiinţat ca răspuns la o solicitare din partea consiliului judeţean;

c) lipsa unei strategii de recrutare și motivare a membrilor;
d) colaborarea asistenților sociali comunitari cu fiecare în parte, dar nu ca membru al consiliului consultativ, ci ca persoană-resursă (de exemplu, cu preotul sau cu polițistul din comună);
e) o dinamică slabă de includere a unor noi membri în consiliul comunitar;
f) existența unor consilii comunitare consultative la nivelul centrului comunei, neexistând structuri similare la nivelul satelor;
g) lipsa unei metodologii de lucru, de monitorizare și înregistrare a activităților acestor structuri comunitare;
h) includerea pe listă a unor persoane din cauza funcțiilor deținute, neținând cont de dorința lor de a se implica.

> Consiliile comunitare consultative sunt asociații de liberă inițiativă și pe baza consimțământului liber... Numai cine vrea să facă parte ca voluntar, fără să pună directorul de școală, de exemplu, dacă nu se implică. Un învățător care este foarte sufletist, de pildă, să facă parte. Au fost invitații de genul acesta, dar ar fi trebuit să fie continuate de un program de formare. (FG7, specialiști servicii de prevenire DGASPC și ONG, 12 mai 2007)

> Nu toate comunele au consilii comunitare consultative... și acolo unde există, [membrii acestora – *n.n.*] nu se întâlnesc. Nimeni nu s-a gândit să mă întrebe și pe mine [asistent social comunitar – *n.n.*] pe cine să punem în consiliul comunal consultativ, să vină să vedem dacă se implică și vrea să facă ceva. Așa, secretarul l-a înființat... poate din acest motiv nu se întâlnesc, fiindcă au fost numiți și nu au avut inițiativă. (FG7, specialiști servicii de prevenire DGASPC și ONG, 12 mai 2007)

> La noi s-a înființat de doi ani și ceva. Nu pot să spun că ne-am întâlnit des, dar au fost trei, patru situații în care ne-am întâlnit. (FG8, specialiști servicii de prevenire la nivelul primăriilor, 13 mai 2007)

> S-a făcut o adresă din partea Consiliului Județean că trebuie înființate, iar ele [consiliile comunitare consultative – *n.n.*] s-au înființat, funcționează. Este adevărat că nu toți membrii participă odată, nu o să fie niciodată posibil ca 13 membri sau 11 să se întrunească o dată pe lună, pentru că fac parte și medicii, și polițiștii și oricând pot avea alte probleme mai importante. (FG9, asistenți sociali comunitari și asistenți medicali comunitari, reprezentanți ONG, 15 iunie 2007)

> La noi, există un consiliu comunitar consultativ la nivelul comunei, dar sunt membri și din celelalte sate. De obicei, avem consilierii, pentru că personajele-cheie sunt de la nivelul comunei, al centrului de comună. Noi i-am cooptat, ca membri, pe consilierii locali din satul respectiv. Fiecare dintre personajele astea cheie, de exemplu, medicul, acționează mai mult la nivel de comună, dar are și un program de activitate la nivelul celorlalte localități. Și atunci, activitatea lui se răsfrânge la nivel de comună. Polițistul la fel, ia măsuri în toate satele componente și automat sesizează situația. Poliția are un

rol foarte important, pentru că acolo unde sunt copii aflaţi în situaţii de risc, în general este vorba de familii dezorganizate, unde se consumă alcool şi există violenţă. Întotdeauna oamenii vin întâi la poliţie, uită să meargă, nu cer sprijinul asistentului social sau al primarului. Şi, de obicei, poliţia are toate cazurile monitorizate şi cam ştie unde este problema..(FG9, asistenţi sociali comunitari şi asistenţi medicali comunitari, reprezentanţi ONG, 15 iunie 2007)

Acolo unde aceste structuri comunitare au fost susţinute de către DGASPC prin programe de formare, întâlniri şi recomandări în privinţa modalităţilor de organizare, au început să-şi construiască propriile instrumente de lucru, cum ar fi registre pentru evidenţa cazurilor discutate, procese-verbale etc.

Noi întocmim procese-verbale la fiecare întâlnire [a consiliului comunitar consultativ] şi îl activăm numai când apar probleme... Asta e! Îl activăm noi în cazuri majore... În rest, nu se întâlnesc. (FG9, asistenţi sociali comunitari şi asistenţi medicali comunitari, reprezentanţi ONG, 15 iunie 2007)

Şi unii dintre ei se implică... chiar şi separat. Ne adunăm în calitate de consiliu consultativ, nu neapărat toţi membrii, dar separat... noi spunem: „Tu faci asta, tu faci asta"... Se întâmplă că un consilier local este vecinul celui cu problema, evident că are mai multă influenţă, chiar mai multă decât mine [asistentul social comunitar – *n.n.*], pentru că el cândva l-a ajutat cu ceva, l-a susţinut... Îi mai spune: „Îţi dau şi una dacă nu faci ceva! Toată viaţa te-am ajutat, te ajut în continuare, dar trebuie să ai grijă de copilul şi de soţia ta", asta-i treaba. (FG9, asistenţi sociali comunitari şi asistenţi medicali comunitari, reprezentanţi ONG, 15 iunie 2007)

Centrele de zi

Centrul de zi reprezintă un serviciu social destinat copiilor şi familiilor aflate în dificultate, pentru susţinerea acestora pe o perioadă de timp limitată, în vederea depăşirii unor situaţii de criză care ar putea duce la separarea copilului de familia sa. În ultimii ani s-au înfiinţat astfel de servicii, atât în mediul urban, cât şi în cel rural, mai ales la iniţiativa DGASPC. O parte dintre aceste centre de zi au fost preluate de autorităţile locale şi adaptate specificului local în funcţie de nevoile, dar mai ales de resursele locale (umane şi financiare). Există şi iniţiative care au dus la înfiinţarea unor centre de zi de către autorităţile locale şi la trecerea acestora în subordinea consiliului local. La 1 mai 2007, în ţară funcţionau 441 centre de zi (vezi figura 23).

Figura următoare ne arată că cele mai multe centre de zi funcţionează în reşedinţele de judeţ (36%) şi în celelalte localităţi urbane (33%). Raportând datele la numărul de localităţi, se poate observa că în reşedinţele de judeţ există o medie naţională de 3,8 centre de zi, iar în celelalte municipii sau oraşe de 0,5. Pe de altă

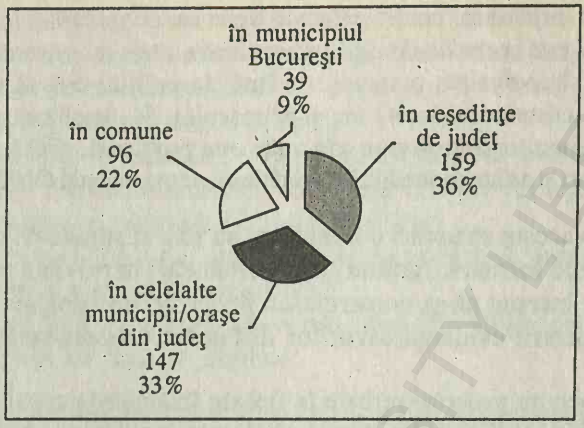


Figura 23. *Repartiţia centrelor de zi în funcţie de locaţie, la 1 mai 2007*

parte, în mediul rural, acest serviciu social este foarte puţin dezvoltat, atingând o medie de 0,03% a centrelor raportate la comune. În Bucureşti, media este de 6,5 centre de zi pe sector, peste media celorlalte localităţi din ţară.

Din tabelul următor reiese contribuţia semnificativă a sectorului privat la organizarea şi administrarea unor centre de zi, acesta fiind principalul administrator la nivel naţional al acestor servicii sociale. Astfel, 34% dintre centrele de zi din România sunt administrate de furnizori privaţi de servicii sociale.

Tabelul 63. *Situaţia administrării centrelor de zi din România, la 1 mai 2007*

Centre de zi administrate de DGASPC	123
Centre de zi administrate de către consiliul local al reşedinţei de judeţ	29
Centre de zi administrate de consiliile locale ale municipiilor/oraşelor din judeţ	49
Centre de zi administrate de consiliile locale ale municipiului Bucureşti	21
Centre de zi administrate de către consiliile locale ale comunelor	65
Centre de zi administrate de către ONG	154
Total	**441**

Administrarea centrelor de zi

Totodată, se poate observa un grad scăzut de implicare din partea consiliilor locale din reşedinţele de judeţ, în numeroase astfel de localităţi nefiind organizate şi administrate centre de zi de către primării. Lipsa centrelor de zi scade eficienţa activităţilor de prevenire, acestea fiind deseori confundate cu intervenţia în situaţie de criză. La nivel naţional, ponderea centrelor administrate de ONG este cea mai ridicată (34%), urmată de cea a centrelor de pe lângă DGASPC (28%). Chiar dacă este un serviciu de prevenire şi ar trebui dezvoltat şi administrat la nivel local, observăm că doar 38% dintre centrele de zi

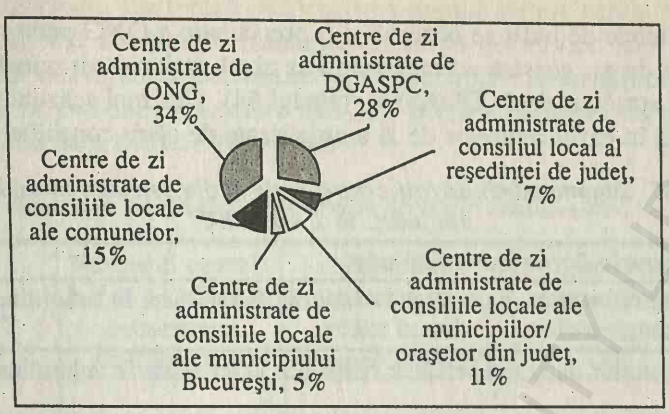


Figura 24. *Repartiţia centrelor de zi în funcţie de administrator, la 1 mai 2007*

naţionale sunt administrate de către consiliile locale. Dincolo de faptul că, din punct de vedere financiar, comunele se confruntă deseori cu dificultăţi, ele se implică mai mult în oferirea serviciilor de prevenire în cadrul centrelor de zi decât consiliile locale din mediul urban. Astfel, 15% dintre centrele care funcţionează în ţară sunt administrate de către consiliile locale ale comunelor. Se observă faptul că ponderea ridicată a centrelor de zi administrate de către DGASPC poate fi corelată cu o frecvenţă scăzută a numărului de centre administrate de către consiliile locale ale reşedinţelor de judeţ.

Implicarea redusă a primăriilor din reşedinţele de judeţ în organizarea şi administrarea unor centre de zi destinate copiilor şi familiilor defavorizate poate fi şi o consecinţă a dezvoltării unor asemenea servicii de către DGASPC (la 1 mai 2007, direcţiile aveau în subordine 60 de centre localizate în reşedinţele de judeţ) şi a lipsei de interes pentru preluarea acestora de către autorităţile locale. Acest lucru poate fi explicat şi prin faptul că DGASPC au iniţiat astfel de centre de zi în spaţii aparţinând centrelor de plasament. Odată cu restructurarea centrelor de plasament şi cu reducerea numărului de copii din instituţii, spaţiile libere au fost utilizate de către DGASPC şi pentru centre de zi, acestea fiind în proprietatea direcţiilor. Existând aceste servicii, administraţia locală nu a fost interesată de preluarea lor sau de înfiinţarea altora.

Tabelul 64. *Situaţia administrării centrelor de zi din reşedinţele de judeţ, la 1 mai 2007*

Numărul municipiilor reşedinţă de judeţ	41
Numărul centrelor de zi din oraşul reşedinţă de judeţ aflate în subordinea consiliului local	29
Numărul centrelor de zi din oraşul reşedinţă de judeţ aflate în subordinea DGASPC	60
Numărul centrelor de zi din oraşul reşedinţă de judeţ administrate de către ONG	70
Total	**159**

În reşedinţele de judeţ se observă şi o preocupare a ONG pentru dezvoltarea unor centre de zi, acestea administrând la nivel naţional un număr mai mare de astfel de structuri decât DGASPC (tabelul 64). Cea mai scăzută frecvenţă se înregistrează în cazul centrelor de zi administrate de către consiliile locale.

Tabelul 65. *Situaţia administrării centrelor de zi din celelalte municipii/oraşe din judeţ, la 1 mai 2007*

Numărul municipiilor/oraşelor din judeţ	284
Numărul centrelor de zi din celelalte oraşe din judeţ aflate în subordinea consiliului local	49
Numărul centrelor de zi din celelalte oraşe din judeţ aflate în subordinea DGASPC	49
Numărul centrelor de zi din celelalte oraşe din judeţ administrate de către ONG	49
Total	**147**

În mediul rural observăm că situaţia este inversată. Cele mai multe centre de zi se află în subordinea consiliilor locale, urmate de cele administrate de ONG. Se poate sesiza astfel tendinţa DGASPC de a lăsa centrele de zi în administrarea autorităţilor locale, care, din acest punct de vedere, au manifestat deschidere în preluarea acestora de la DGASPC.

Tabelul 66. *Situaţia administrării centrelor de zi din mediul rural, la 1 mai 2007*

Numărul comunelor	2881
Numărul centrelor de zi din comunele aflate în subordinea consiliilor locale	65
Numărul centrelor de zi din comunele aflate în subordinea DGASPC	14
Numărul centrelor de zi din comunele administrate de ONG	17
Total	**96**

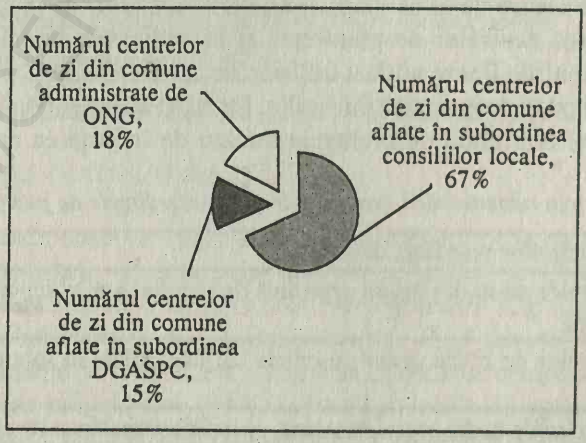


Figura 25. *Repartiţia administrării centrelor de zi din mediul rural, la 1 mai 2007*

Figura anterioară ilustrează preocuparea comunităţilor rurale de a prelua centrele de zi, dar aceasta nu înseamnă că astfel de servicii sunt suficiente. Este necesară dezvoltarea interesului şi a preocupării autorităţilor locale din mediul rural de a-şi dezvolta centre de zi din proprie iniţiativă, la nivelul unor judeţe existând deja modele funcţionale.

Tabelul 67. *Repartiţia geografică a centrelor de zi din mediul rural, la 1 mai 2007*

Judeţul	Numărul centrelor de zi aflate în subordinea consiliilor locale	Numărul centrelor de zi aflate în subordinea DGASPC	Numărul centrelor de zi administrate de ONG	Total
Alba	4	0	0	4
Argeş	5	2	0	7
Arad	0	0	0	0
Bacău	3	0	0	3
Bihor	2	1	2	5
Bistriţa-Năsăud	0	0	0	0
Brăila	3	0	0	3
Botoşani	0	0	0	0
Braşov	3	2	0	5
Buzău	6	1	0	7
Cluj	0	1	0	1
Călăraşi	2	0	0	2
Caraş-Severin	0	0	0	0
Constanţa	1	0	0	1
Covasna	0	0	1	1
Dâmboviţa	1	0	0	1
Dolj	2	0	0	2
Galaţi	4	0	1	5
Giurgiu	0	0	0	0
Gorj	0	0	0	0
Harghita	1	0	0	1
Hunedoara	5	0	0	5
Ialomiţa	1	0	0	1
Iaşi	7	2	1	10
Ilfov	0	0	1	1
Maramureş	0	0	0	0
Mehedinţi	0	2	0	2

Mureş	0	1	0	1
Neamţ	0	0	0	0
Olt	0	0	0	0
Prahova	0	0	0	0
Satu Mare	0	0	0	0
Sălaj	5	0	1	6
Sibiu	0	0	2	2
Suceava	1	0	1	2
Teleorman	1	0	0	1
Timiş	1	1	1	3
Tulcea	1	0	1	2
Vaslui	2	1	0	3
Vâlcea	3	0	0	3
Vrancea	1	0	5	6
Total general	**65**	**14**	**17**	**96**

Tabelul 68. *Localizarea centrelor de zi administrate de către DGASPC, la 1 mai 2007*

Centre de zi administrate de către DGASPC	
În reşedinţa de judeţ	60
În celelalte municipii/oraşe din judeţ	49
În comune	14
Total	**123**

La nivel naţional putem observa modul în care sunt răspândite geografic centrele de zi administrate de către DGASPC. Dintre cele 123 de centre pe care le administrează, cele mai multe se găsesc în reşedinţele de judeţ şi în sectoarele municipiului Bucureşti (49%) şi în celelalte localităţi din mediul urban (40%). În mediul rural au rămas doar 11% dintre centrele administrate de DGASPC.

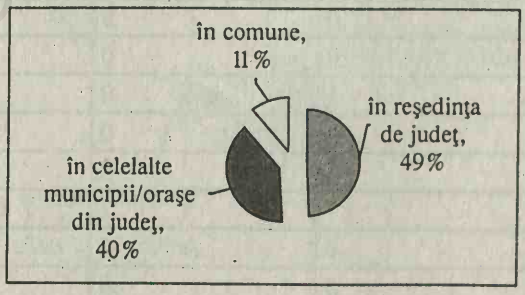


Figura 26. *Repartiţia geografică a centrelor de zi administrate de DGASPC, la 1 mai 2007*

ONG care desfăşoară servicii de prevenire sunt în principal concentrate în mediul urban, atingând o pondere de 89% din totalul centrelor pe care le administrează. Cele mai multe dintre centrele de zi funcţionează tot în reşedinţele de judeţ (45%), iar pe ultimul loc se află centrele organizate şi administrate de ONG în mediul rural (11%).

Tabelul 69. *Localizarea centrelor de zi administrate de ONG, la 1 mai 2007*

Centre de zi administrate de ONG	
În municipiul Bucureşti	18
În reşedinţa de judeţ	70
În celelalte municipii/oraşe din judeţ	49
În comune	17
Total	**154**

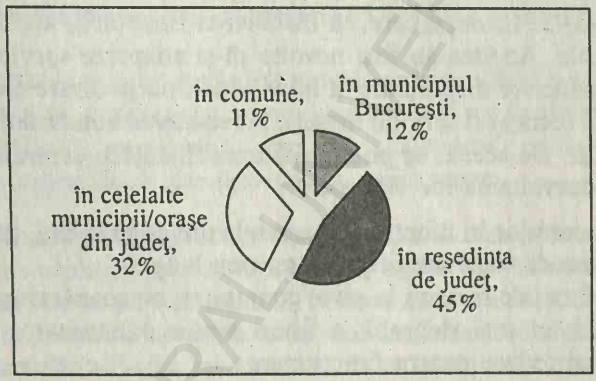


Figura 27. *Repartiţia geografică a centrelor de zi administrate de ONG, la 1 mai 2007*

În municipii şi oraşe, altele decât reşedinţa de judeţ, ONG administrează 32% din totalul centrelor de zi pe care le coordonează la nivel naţional. În sectoarele municipiului Bucureşti, ONG şi-au direcţionat resursele pentru 12% dintre centrele de zi. Nu avem informaţii precise privind susţinerea acestor centre organizate de ONG din partea autorităţilor, dar în judeţele-pilot s-au identificat astfel de servicii dezvoltate cu sprijinul consiliilor locale.

> Noi [ONG – *n.n.*] avem ca beneficiari direcţi, în centrul de zi, în jur de 32 de copii. Ei sunt preşcolari [...], aceasta este noutatea centrului nostru, încercăm să prevenim eşecul şcolar viitor, nu să intervenim atunci când copilul a eşuat. Ei sunt beneficiarii direcţi, iar beneficiarii indirecţi sunt ceilalţi membri ai familiei. El [centrul de zi – *n.n.*] funcţionează de un an, anul trecut organizaţia a primit un spaţiu în folosinţă gratuită de la consiliul local în care-şi desfăşoară activitatea centrul şi tot pe plan local avem

sprijinul unor sponsori foarte generoşi care ne asigură baza materială, alimente, medicamente. (FG9, asistenţi sociali comunitari şi asistenţi medicali comunitari, reprezentanţi ONG, 15 iunie 2007)

La noi [ONG – *n.n.*] s-a încheiat un parteneriat între primărie şi organizaţie, sesizăm cazul la primărie – cazul care vine sau pe care-l găsim noi –, mergem, explicăm situaţia, colaborăm în privinţa cazului. Lucrăm în colaborare. Aducem rapoarte şi la direcţie, colaborăm cu toate instituţiile, şcolile. În principiu, cu primăria colaborăm cel mai mult, iar primăria este cea care ne asigură salariile personalului din centrul de zi, plus o parte din cheltuieli, 50% din utilităţi, restul le plătim noi. (FG7, specialişti servicii de prevenire DGASPC şi ONG, 12 mai 2007)

Preluarea centrelor de zi de către autorităţile locale

Cele mai multe centre de zi din comunităţile rurale au fost înfiinţate prin proiecte ale DGASPC, după care, la încheierea finanţării, au fost preluate de autorităţile locale. Acestea au fost nevoite să-şi adapteze serviciile în funcţie de resursele financiare disponibile la nivel local, parte dintre ele renunţând la anumite servicii (cum ar fi servitul mesei), la reducerea numărului de beneficiari şi a personalului. De aceea, se pune problema finanţării centrelor. Iată câteva repere pentru dezvoltarea lor viitoare:

a) înfiinţarea centrelor în funcţie de resursele din comunitate, ţinându-se cont de capacitatea de sustenabilitate pe termen lung;
b) adaptarea ofertei de servicii la nivel comunitar, nu neapărat sub forma unor centre de zi, ci mai degrabă a unor centre comunitare, care implică cheltuieli mai reduse pentru funcţionare;
c) înfiinţarea unor grădiniţe în mediul rural, acolo unde a început să crească în ultimii ani numărul naşterilor;
d) preluarea de către şcoală a unor responsabilităţi în ceea ce priveşte anumite servicii sociale de zi etc.

Este o experienţă tristă prin faptul că centrul de zi a fost preluat de primărie şi nu s-au mai găsit aceleaşi fonduri pentru funcţionarea acestuia ca înainte. Nu mai putem asigura masa de prânz a copilului şi e dificil, pentru că sunt foarte săraci... (FG10, specialişti servicii de prevenire DGASPC şi ONG, 15 iunie 2007)

Au existat anumite sincope când s-a predat centrul de zi către primărie. Nu am avut capacitatea de a-l prelua, dar ne-am adaptat după aceea. Chiar dacă nu a fost posibil să asigurăm toate salariile, am mai redus din activitate. (FG11, asistenţi sociali comunitari şi asistenţi medicali comunitari, 24 iunie 2007)

Există ideea de a deschide un centru de zi în comună, dar nu avem posibilitatea să facem asta din fonduri proprii... sub nicio formă... Iar pentru copiii cu dizabilităţi este bun unul la mai multe comune... Comuna

e cam mică şi nu sunt mulţi copii cu dizabilităţi. (FG9, asistenţi sociali comunitari şi asistenţi medicali comunitari, reprezentanţi ONG, 15 iunie 2007)

Beneficiarii serviciilor oferite de centrele de zi

Centrele de zi se caracterizează prin capacitatea de a se adapta diferitelor categorii de beneficiari în funcţie de vârstă, de situaţiile specifice ale familiilor, de nivelul de educaţie a părinţilor, de obiectivele stabilite etc. Acest serviciu este destinat prevenirii separării copilului de familia sa, evitării abandonului şcolar sau ca sprijin în cazuri de neglijare, abuz, exploatare a copilului prin muncă sau comportamente predelincvente ori delincvente.

> Copiii din centrul de zi provin din familii defavorizate, nu din instituţii. Este un program de prevenire a separării copilului de părinţii săi... există cazuri sesizate de colegii din DGASPC, dar şi cazuri sesizate de primărie. (FG10, specialişti servicii de prevenire DGASPC şi ONG, 15 iunie 2007)

În focus-grupurile şi interviurile individuale se remarcă interesul personalului din centrele de zi de a oferi servicii nu doar copiilor, ci şi părinţilor acestora, cum ar fi: întâlniri cu părinţii, consiliere şi suport, cursuri de educaţie parentală, îndrumare către alte servicii din comunitate:

> Voiam să adaug că programele noastre nu se limitează doar la serviciile şi activităţile copiilor. Oferim suport şi părinţilor. La fiecare două săptămâni avem întâlnire cu părinţii copiilor, în afară de întâlnirile individuale în care consiliem probleme de ordin emoţional sau chiar sociofamilial. Încercăm să le rezolvăm situaţia, nu material, că nu avem noi cum, dar mai ţinem legătura şi cu Agenţia Forţelor de Muncă. Încercăm să ne diversificăm activităţile în aşa fel încât să fie orientate pentru toţi membrii familiei, nu ne limităm doar la copiii care vin la noi. (FG10, specialişti servicii de prevenire DGASPC şi ONG, 15 iunie 2007)

> Am remarcat, din discuţiile purtate cu dânşii, că [părinţii] au devenit mai încrezători în propriile forţe, mai optimişti şi dornici să facă ceva. Nu am mai constatat acel pesimism, acea indiferenţă din partea lor, ci, dimpotrivă, sunt dornici să facă ceva să-şi îmbunătăţească situaţia în care se află... este un rezultat al consilierii, pe care îl poţi sesiza foarte uşor. (FG10, specialişti servicii de prevenire DGASPC şi ONG, 15 iunie 2007)

> Cu părinţii [care au copii în centrul de zi - *n.n.*] am făcut un curs „Cum să devenim părinţi mai buni", facem reuniuni generale periodice în care discutăm tot felul de teme. Am abordat şi problema alcoolismului, a divorţului. Întâlnim foarte multe situaţii în care părinţii divorţează şi se confruntă cu probleme majore... chiar şi violenţă domestică. Cursurile sunt

foarte bune şi părinţii vin cu plăcere. (FG7, specialişti servicii de prevenire DGASPC şi ONG, 12 mai 2007)

Serviciile oferite în cadrul centrelor de zi sunt apreciate atât de copii, cât şi de părinţii acestora. Ele sunt foarte utile mai ales pentru depăşirea perioadei de criză prin care trece familia şi pentru influenţa pe care o au în ceea ce priveşte îmbunătăţirea abilităţilor parentale.

Da, sunt foarte mulţumit [de serviciile oferite în centrul de zi – *n.n.*]. Am aflat de centru aici, la direcţie. M-au trimis de la poliţie. Am venit la Protecţia Copilului şi-am întrebat dacă există undeva un loc unde poate să fie ajutat. Îmi era frică să nu facă alte prostii. (I13, tată biologic, 16 iunie 2007)

Vin la şedinţe miercurea. Eu mă duceam să stau de vorbă cu psihologul, că al meu a avut probleme şi cu şcoala. Acum vine şi se laudă când ia un 7. Înainte lua numai 2, 3 şi 4. Anul ăsta poate nu mai rămâne repetent, ca anul trecut. Sunt bune şedinţele astea, auzi şi la unul, şi la altul. Nu vin toţi [părinţii], pentru că o parte sunt la muncă. Ne dau pliante, ne spun cum să ne comportăm cu ei [cu copiii – *n.n.*]. Eu am stat şi cu psihologul de vorbă, separat, că ştie acum comportamentul lui [al copilului – *n.n.*]. (I13, tată biologic, 16 iunie 2007)

Reticenţa potenţialilor beneficiari faţă de serviciile centrelor de zi

În cazul apariţiei unui centru de zi în comunitate sau atunci când părinţii sunt informaţi cu privire la acest serviciu social, se observă iniţial o perioadă de timp în care familiile sunt reticente, centrul de zi fiind considerat un serviciu pentru cei mai săraci din comunitate. După ce comunitatea începe să înţeleagă care este rostul unui asemenea centru, copiii şi părinţii beneficiari sunt mulţumiţi de serviciile primite, iar solicitările pentru acest serviciu încep să se înmulţească, în toate comunităţile unde funcţionează înregistrându-se mai multe solicitări decât capacitatea centrului de zi.

Sunt asistent social la centrul de zi, care are o capacitate de 40 de locuri pentru copiii care provin din familii aflate în dificultate, cu o situaţie precară. Nu există locuri de muncă şi sărăcia este mare, ceea ce face foarte util acest centru... La început, nu veneau părinţii, a fost foarte greu să îi convingem... Deschiderea a fost în 2003, până atunci a fost greu să îi adunăm pe cei 40, apoi, cam la un an, s-a înţeles ce este şi acum nu facem faţă solicitărilor. (FG9, asistenţi sociali comunitari şi asistenţi medicali comunitari, reprezentanţi ONG, 15 iunie 2007)

Avem patru copii. Până acum nu am solicitat sprijin. Am solicitat un ajutor financiar la domnul preşedinte şi de la domnul prim-ministru. Rezultatul

de la domnul prim-ministru a fost trimis la Prefectură, de unde nu am primit niciun fel de rezultat. De la domnul preşedinte am primit că s-a trimis la Protecţia Copilului, aici, spre rezolvare. A venit săptămâna trecută cineva de la Protecţia Copilului şi mi-a spus că este un centru unde poate să meargă ziua, să mănânce, să înveţe acolo şi, dacă sunt de acord, să-i dau la acest centru. Eu i-am învăţat carte. Până anul trecut au învăţat la lumânare, că nu am avut cu ce să pun curent electric. Copiii au şi ei un orgoliu, îi cunoaşte o lume întreagă. Au fost în vizită [la centrul de zi – *n.n.*] şi nu le-a plăcut, le este ruşine de colegi... eu nu am mers la centru şi nici nu vreau să merg. (I14, mamă biologică, 16 iunie 2007)

Centrele de consiliere şi sprijin pentru părinţi

La nivel naţional au fost identificate 110 centre de consiliere şi sprijin pentru părinţi, dintre care 98 funcţionează în judeţe şi 12 în municipiul Bucureşti.

Tabelul 70. *Numărul centrelor de consiliere şi sprijin pentru părinţi din judeţe, la 1 mai 2007*

Numărul centrelor de consiliere şi sprijin	
În subordinea consiliilor locale	10
În subordinea DGASPC	59
Administrate de ONG	29
Total	**98**

Cele mai multe centre de consiliere şi sprijin pentru părinţi sunt administrate de DGASPC, fiind în majoritatea cazurilor părţi componente ale serviciilor acestora. Pe locul al doilea se află sectorul nonguvernamental, iar pe ultimul loc consiliile locale. Acest serviciu social prezintă un grad ridicat de volatilitate, de aceea, comparativ cu centrele de zi, este mai puţin conştientizat rolul său în comunitate.

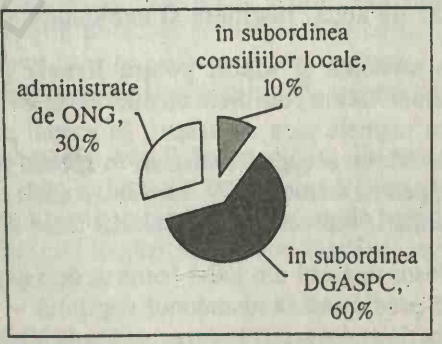


Figura 28. *Repartiţia administrării centrelor judeţene de consiliere şi sprijin pentru părinţi, la 1 mai 2007*

Deseori, în mediul rural, dincolo de penuria de personal specializat, consilierea se realizează în condiţii precare. Cei mai mulţi lucrători sociali nu dispun de un spaţiu de consiliere, biroul lor fiind comun cu cel al agentului agricol, al secretarului comunei sau chiar al primarului. În plus, este necesară instruirea personalului pentru această componentă esenţială a procesului de intervenţie şi pentru alte activităţi destinate părinţilor şi copiilor lor (de exemplu, educaţie parentală), fiind vorba despre servicii care necesită un nivel de expertiză şi de specializare mai ridicat.

Tabelul 71. *Numărul centrelor de consiliere şi sprijin pentru părinţi din municipiul Bucureşti, la 1 mai 2007*

Numărul centrelor de consiliere şi sprijin	
În subordinea consiliului local	5
Administrate de ONG	7
Total	**12**

Chiar dacă aceste centre nu necesită cheltuieli mari pentru oferirea unor servicii de calitate, ele sunt puţin dezvoltate, inclusiv la nivelul municipiului Bucureşti. Slaba lor dezvoltare este un indicator al faptului că autorităţile locale încă nu au conştientizat importanţa prevenirii separării copilului de familia sa şi nici rolul pe care îl au consilierea şi educaţia părinţilor în prevenirea situaţiilor de abuz, neglijare sau abandon al copiilor. Nu s-au dezvoltat practici consistente, în ciuda dovezilor că aceste servicii sunt mai puţin costisitoare (atât economic, cât şi social) decât plasarea copilului într-o formă de protecţie. Nu există suficiente resurse umane la nivel local pentru a asigura o intervenţie eficientă la nivelul mediului familial. Deseori, autorităţile locale reacţionează doar atunci când situaţiile devin critice, dramatice sau când sunt mediatizate. În momentul evaluării, cele mai multe dintre centrele de consiliere şi sprijin pentru părinţi erau organizate de către DGASPC, fiind destinate consilierii gravidei predispuse la abandonul copiilor, consilierii mamei care beneficiază de serviciile centrelor maternale, precum şi familiei sale, consilierii în caz de abuz, neglijare şi exploatare a copilului.

> La centrul de asistenţă şi suport pentru femeia gravidă predispusă la abandonul copilului facem consiliere cu tinerele gravide în ultimul trimestru de sarcină şi cu mamele care au născut, în scopul prevenirii abandonului copilului... şi le oferim şi suport material, în special pampers, lunar, acesta fiind un sprijin pentru mame. (FG9, asistenţi sociali comunitari şi asistenţi medicali comunitari, reprezentanţi ONG, 15 iunie 2007)

> Am înţeles că este singurul din judeţ [centrul de asistenţă şi suport pentru femeia gravidă predispusă la abandonul copilului - *n.n.*]. Nu ştiu sigur. Oricum, sunt foarte multe cereri în curs... şi foarte puţine centre de consiliere pentru părinţi... Şi este un serviciu necesar. (FG9, asistenţi sociali comunitari şi asistenţi medicali comunitari, reprezentanţi ONG, 15 iunie 2007)

Eu am 17 ani şi jumătate. Copilul are patru luni... Tatăl copilului a ştiut de la început că o să avem un băieţel şi nu a vrut să accepte. La început a zis ca îl ţinem, îl creştem şi a fost de acord... şi după aceea a plecat în Spania la o altă doamnă şi ne-a lăsat pe amândoi. Şi mama mea, când a auzit aşa ceva, nu a fost de acord să mă primească cu copilul. Mi-a zis să-l dau la stat, să-l abandonez. Mama nu a vrut să mă accepte acasă cu băiatul şi nu am avut unde să mă duc. O doamnă de la maternitate, care era la externări nou-născuţi, mi-a zis că există centrul maternal şi că pot să mă ţină aici, cu toate condiţiile. Mi-a zis să vin aici trei luni de zile şi, poate în aceste trei luni, mama o să accepte să mă duc cu băiatul acasă. Şi aşa a fost, că s-a mai schimbat şi mama, acum nu mai zice nimic, cum zicea înainte. Bine, că a fost influenţată de bunica, de alte persoane şi acum s-a schimbat... Mi-a zis să mă duc cu băiatul acasă. A venit şi mama aici şi a vorbit cu doamna asistent social. E bine că mă duc acasă, că din toamnă reiau şcoala. (I15, mamă minoră din centrul maternal, 24 iunie 2007)

Centrele de consiliere şi sprijin pentru părinţi în mediul rural

Deşi consilierea este văzută de specialişti drept una dintre intervenţiile fundamentale ale asistenţei sociale, o formă de sprijin pentru prevenirea separării copilului de familia sa, centrele de consiliere şi sprijin sunt practic inexistente în mediul rural. Cele zece centre aflate în subordinea consiliilor locale prezentate în tabelul 70 au fost dezvoltate în mediul rural. Acesta este un indicator esenţial al gradului în care autorităţile locale au conştientizat nevoia acestor servicii şi au dezvoltat o strategie privind serviciile de prevenire a separării copilului de familia sa de la nivel comunitar. Aceste servicii încă nu au o reprezentare la nivel local, mai ales în situaţia în care asistenţii sociali comunitari se confruntă cu problema spaţiului.

Acum am un spaţiu special amenajat pentru consiliere. Până acum, am lucrat în acelaşi birou cu inginerul agronom. Vreau să spun că era „varză". Niciodată nu am făcut consiliere acolo. Am făcut în biroul domnului primar, se retrăgea de acolo şi mergeam la cazuri. Am fericita ocazie să colaborăm foarte bine cu secretarul şi cu primarul. (FG9, asistenţi sociali comunitari şi asistenţi medicali comunitari, reprezentanţi ONG, 15 iunie 2007)

Eu nu am biroul meu unde să fac consiliere. Eu stau cu doamna de la Starea Civilă şi o mai rog să iasă afară când vine cineva, şi aşa fac consiliere. Dar nu pot să o scot tot timpul afară, are şi ea de lucru, şi mi-e ruşine. (FG9, asistenţi sociali comunitari şi asistenţi medicali comunitari, reprezentanţi ONG, 15 iunie 2007)

În primul rând, îţi trebuie un spaţiu unde să poţi discuta separat cu omul. Nu unde, toată ziua, unul intră, altul iese, altul vrea nu ştiu ce. „Dom'le stai acolo, eu vorbesc acuma cu-ăsta, poate să crape şi pământul. Vino

mâine!" Spaţiul e cel mai important pentru a face consiliere. (FG9, asistenţi sociali comunitari şi asistenţi medicali comunitari, reprezentanţi ONG, 15 iunie 2007)

Şi să vă mai spun ceva... problema cea mai mare a asistentului social din comunitatea rurală este volumul mare de lucru şi timpul limitat... hârtiile pe care trebuie să le facem. Dacă ar fi numai protecţia copilului, ar fi super. Dar avem alocaţii, indemnizaţii de naştere, anchete sociale, Legea 416... de consiliere nici nu poate fi vorba. (FG9, asistenţi sociali comunitari şi asistenţi medicali comunitari, reprezentanţi ONG, 15 iunie 2007)

În biroul meu mai este cineva şi trebuie să vorbesc cu persoanele respective [părinţii - *n.n.*]. Ea trebuie să iasă... mă refer la colega de birou, dar asta nu se întâmplă în fiecare zi. Săptămânal am două, trei cazuri care necesită consiliere. (FG8, specialişti servicii de prevenire de la nivelul primăriilor, 13 mai 2007)

Eu sunt în birou cu doamna care lucrează la CAR, şi mereu e ocupat biroul. Nu pot să fac consiliere. [...] Eu sunt dată disciplinar în camera portarului, unde n-am covor, n-am Internet, n-am rafturi, n-am nimic. (FG8, specialişti servicii de prevenire de la nivelul primăriilor, 13 mai 2007)

În condiţiile în care serviciile oferite în centrele de zi sunt relativ costisitoare pentru o comunitate rurală, numărul de copii care pot beneficia de aceste servicii este foarte redus. Centrele de consiliere şi sprijin pentru părinţi reprezintă o alternativă viabilă de dezvoltare a serviciilor de prevenire la nivel local, realizabilă şi sustenabilă pe termen lung, deoarece costurile sunt incomparabil mai mici decât cele aferente unui centru de zi. Din acest punct de vedere, se poate spune că înfiinţarea şi dezvoltarea unor centre de consiliere şi sprijin pentru părinţi, însoţite de pregătirea personalului în ceea ce priveşte consilierea şi tehnica grupurilor de suport, ca forme de intervenţie, şi pregătirea unor persoane din comunitate în domeniul educaţiei parentale reprezintă una dintre cele mai viabile alternative la centrele de zi destinate prevenirii separării copilului de familia sa.

Beneficiarii serviciilor destinate copiilor cu dizabilităţi şi familiilor lor

O categorie socială dintre cele mai vulnerabile este reprezentată de copiii cu dizabilităţi şi de familiile acestora. În 2006 au fost oferite servicii în cadrul celor 161 de centre de zi pentru recuperarea şi reabilitarea unui număr de 6.046 de copii. La nivel naţional, media anuală de beneficiari ai serviciilor unui centru de recuperare este de 37,5 copii.

De asemenea, observăm că cele 17 echipe mobile funcţionale la nivel naţional au oferit servicii de reabilitare şi recuperare la domiciliu pentru

Tabelul 72. *Numărul beneficiarilor unor servicii de recuperare destinate copiilor cu dizabilităţi, în 2006*

Servicii	Numărul de beneficiari
Servicii de recuperare în centre de zi	6.046
Servicii de recuperare la domiciliu	512

512 copii şi pentru părinţii acestora, dintre care 46,0% au fost beneficiari în judeţul Suceava (236 de copii). Judeţul Suceava prezintă şi alte particularităţi în ceea ce priveşte serviciile oferite copiilor cu dizabilităţi:

a) orientarea serviciilor este făcută prioritar către serviciile la domiciliu, de unde putem sesiza că numărul beneficiarilor este cu mult mai mare decât al celor din centrele de zi destinate recuperării şi reabilitării;
b) alături de echipa mobilă, DGASPC a înfiinţat un serviciu în care a inclus şi alte servicii oferite părinţilor, cum ar fi educaţia parentală, inclusiv a celor care au copii cu dizabilităţi (este vorba de „Serviciul de educaţie parentală şi echipa mobilă", o iniţiativă unică în ţară);
c) accentul este pus pe modelul reabilitării bazate pe comunitate, în sensul că, dincolo de intervenţia directă a specialiştilor în reabilitare, sunt transferate competenţe către părinţi, membrii echipei mobile implicându-i pe aceştia în exerciţiile destinate reabilitării.

Tabelul 73. *Numărul beneficiarilor unor servicii de recuperare destinate copiilor cu dizabilităţi pe fiecare DGASPC, în 2006*

DGASPC	Numărul de beneficiari ai centrelor de recuperare de zi	Numărul de beneficiari ai serviciilor echipei mobile
Alba	183	0
Arad	3	0
Argeş	110	0
Bacău	501	34
Bihor	125	0
Bistriţa-Năsăud	116	0
Botoşani	72	0
Braşov	145	0
Brăila	42	0
Bucureşti – Sectorul 1	224	3
Bucureşti – Sectorul 2	62	11
Bucureşti – Sectorul 3	626	50
Bucureşti – Sectorul 4	–	–
Bucureşti – Sectorul 5	17	15

București – Sectorul 6	122	0
Buzău	97	0
Caraș-Severin	217	0
Călărași	66	0
Cluj	137	0
Constanța	110	97
Covasna	54	0
Dâmbovița	25	0
Dolj	89	20
Galați	39	0
Giurgiu	130	0
Gorj	34	20
Harghita	34	0
Hunedoara	84	0
Ialomița	230	0
Iași	448	0
Ilfov	0	0
Maramureș	0	0
Mehedinți	194	26
Mureș	116	0
Neamț	483	0
Olt	84	0
Prahova	105	0
Satu Mare	20	0
Sălaj	47	0
Sibiu	154	0
Suceava	71	236
Teleorman	48	0
Timișoara	46	0
Tulcea	165	0
Vaslui	184	0
Vâlcea	187	0
Vrancea	0	0
Total general	**6.046**	**512**

Numărul scăzut, la nivel național, de beneficiari ai serviciilor oferite de echipele mobile ne arată faptul că aceste forme de sprijin pentru prevenirea separării copilului de familia sa și de suport pentru familii sunt oferite preponderent atunci când părinții solicită acel serviciu. Nu există o orientare centrată pe identificarea cazurilor izolate și pe oferirea unor servicii la domiciliul acestora. Printre cei mai dezavantajați, în ceea ce privește accesul la servicii

de reabilitare şi recuperare, sunt copiii cu dizabilităţi din mediul rural, mai ales cei din comunităţile care se află la distanţe mari faţă de centrele urbane (unde funcţionează centre de zi). În tabelul precedent putem identifica judeţele care nu au dezvoltat centre de zi pentru recuperare şi nici echipe mobile pentru copiii cu dizabilităţi, lucru ce se cuvine a fi reanalizat în construirea strategiilor locale privind asistenţa şi protecţia copilului.

Echipele mobile pentru servicii la domiciliu destinate copiilor cu dizabilităţi şi familiilor acestora

Echipa mobilă destinată copilului cu dizabilităţi şi familiei acestuia reprezintă un serviciu specializat asigurat de către specialişti care se deplasează la domiciliul familiei pentru a oferi sprijin în reabilitarea şi recuperarea copilului, în transmiterea de informaţii, cunoştinţe şi tehnici de lucru părinţilor sau aparţinătorilor acestuia. Conceptul de reabilitare bazată pe comunitate, care presupune utilizarea resurselor comunitare pentru integrarea socială a copilului cu dizabilităţi, acel transfer de competenţe către părinţi în vederea lucrului cu copilul şi realizarea unor reţele de sprijin, a început deja să fie aplicat în unele regiuni din ţară.

Tabelul 74. *Numărul echipelor mobile din judeţe pentru servicii la domiciliu destinate copiilor cu dizabilităţi şi familiilor acestora, la 1 mai 2007*

Echipe mobile (în judeţe)	
În subordinea consiliilor locale	0
În subordinea DGASPC	6
Administrate de ONG	8
Total	14

Chiar dacă aceste servicii sunt într-o etapă incipientă de dezvoltare, la nivel naţional funcţionează 17 asemenea echipe mobile (14 în judeţe şi 3 în municipiul Bucureşti). Modelele dezvoltate pot constitui fundamentul pentru multiplicarea experienţei, a bunelor practici pentru dezvoltarea lor în toate judeţele. Din punct de vedere financiar, aceste echipe mobile reprezintă forme de intervenţie în mediul familial mult mai puţin costisitoare decât cele legate de instituţionalizare sau plasament la asistenţi maternali. De aceea, o politică naţională de dezvoltare a acestor tipuri de servicii ar putea contribui la reducerea riscului de separare a copilului de familia sa, la facilitarea integrării sociale a copiilor în comunitate, la schimbarea tendinţei părinţilor de a izola copiii cu dizabilităţi ca rezultat al supraprotecţiei, al stigmatului social şi al lipsei de informaţii. Intervenţia specialiştilor în mediul domestic al acestor familii reprezintă o condiţie esenţială pentru a produce modificări, pentru informarea cu privire la drepturile copilului şi pentru schimbarea comportamentelor ce reduc şansele copiilor cu dizabilităţi de a se integra social.

Avem acum un proiect depus pentru echipa mobilă, pentru copilul cu handicap. Avem în judeţ în jur de 2.000 de copii cu handicap, or, în centrele de recuperare şi reabilitare pe care le avem nu beneficiază decât în jur de 200 de copii... E mai bine să ajungi tu la el decât să-l aduci pe el la centrul de recuperare nu ştiu câte zeci de kilometri. Este un model al echipei mobile care s-a dezvoltat în unele judeţe şi aceste echipe sunt chiar foarte eficiente, mai ales că ajung acolo la copii... (I11, director executiv adjunct DGASPC, 15 iunie 2007)

Tabelul 75. *Numărul echipelor mobile din municipiul Bucureşti pentru servicii la domiciliu destinate copiilor cu dizabilităţi şi familiilor acestora, la 1 mai 2007*

Echipe mobile (în municipiul Bucureşti)	
În subordinea consiliului local	2
Administrate de ONG	1
Total	3

Şi la nivelul municipiului Bucureşti funcţionează astfel de echipe mobile, acestea fiind administrate atât de consiliile locale, cât şi de ONG. Totuşi, raportându-ne la nevoile identificate, suntem de părere că asemenea servicii se află într-o etapă de experimentare. Nevoile existente depăşesc cu mult oferta de servicii de acest tip pentru copiii cu dizabilităţi aflaţi în familie.

Accesul la informaţii medicale, recuperare, nutriţie şi stimulare este un factor care contribuie la păstrarea în familie a copilului cu dizabilităţi. Cel mai mic sprijin în această direcţie este util pentru părinţi şi constituie un suport în vederea depăşirii unor situaţii dificile.

Ea fiind hrănită cu sonda, la ţară nu aveam pe nimeni care să ne înveţe... îmi era frică şi am stat în maternitate. Când am adus-o acasă, ne-a mai învăţat asistenta medicală comunitară. Dacă a depăşit greutatea, nu au mai putut să mă ţină în maternitate. A vorbit domnul doctor cu centrul de plasament, am ţinut-o acolo vreo trei luni, o vizitam mereu. După aceea, au început să apară problemele. Făcea bronhopneumonie mereu, ajunsese să nu mai mănânce nici cu sonda, îi făceau perfuzie. Au internat-o în Spitalul Judeţean. Au ţinut-o şi acolo o lună-două. Se făcea bine, o trimiteau în plasament. Ne-am hotărât până la urmă să o luăm acasă. Am fost cu ea la Bucureşti şi am dus-o cu soţul la control... ne-au spus că e mai bine îngrijită acasă. A început să mănânce cu biberonul, ea respiră numai pe gură, că nu are cerul gurii deloc... Se poate opera şi în străinătate, dar costă foarte mulţi bani. Şi la Bucureşti se poate, dar trebuie să facă greutatea de 10-15 kilograme şi ia foarte greu în greutate. Acum am luat-o acasă şi a luat deja două kilograme în plus... Când am venit cu ea la Comisie [Comisia pentru Protecţia Copilului – *n.n.*], am solicitat ajutorul primăriei pentru transport, că noi nu avem maşină, şi domnul primar ne-a ajutat tot timpul pentru deplasare. (I16, mamă biologică, 24 iunie 2007)

Dacă furnizarea informaţiilor este corelată cu alte tipuri de servicii la domiciliu (kinetoterapie, logopedie etc.), părinţii renunţă să mai solicite luarea unei măsuri de protecţie. Principalul motiv al părinţilor care îi determină să solicite o astfel de intervenţie este cel legat de lipsa de informaţii, a susţinerii din partea specialiştilor.

> Stând de vorbă cu părinţii şi cu primăriile, s-a ajuns la concluzia că, dacă ar fi sprijiniţi să înţeleagă şi învăţaţi cum pot să aibă grijă de copil, ar fi mai bine pentru acesta să rămână cu familia lui. Părinţii au înţeles şi au acceptat sprijinul echipei mobile. De foarte multe ori, au venit părinţi care au solicitat plasamentul copilului într-un centru rezidenţial sau la o şcoală specială, tocmai pentru că nu ştiau să se descurce, nu ştiau ce să facă acasă. Echipa mobilă îi ajută să-i ţină în familie, să lucreze cu copiii. Kinetoterapeutul lucrează direct cu copilul. (FG7, specialişti servicii de prevenire DGASPC şi ONG, 12 mai 2007)

Echipa mobilă pentru servicii la domiciliu reprezintă, din punctul de vedere al reprezentanţilor DGASPC, unul dintre cele mai eficiente servicii de prevenire a separării copilului cu dizabilităţi de familia sa, fiind uşor de implementat şi de adaptat la nevoile existente în judeţ. Mai mult decât atât, echipa mobilă a încorporat în unele zone şi alte servicii complementare celor de reabilitare şi de lucru cu copilul, cum ar fi consilierea şi educarea părinţilor.

> Primul serviciu pe care-l văd eu ca serviciu de prevenire ce poate fi dezvoltat şi care este foarte eficient este echipa mobilă. N-am trecut-o degeaba în organigrama direcţiei, am fost iniţiatorul echipei mobile şi merg pe ideea că este un lucru foarte, foarte bun. Rezultatele arată acest lucru. Pentru tot ce înseamnă copil, nu numai cu dizabilităţi severe, dar şi în ceea ce priveşte consilierea familiei şi a copilului în mediul lui, organizarea cursurilor de educaţie parentală de tipul „Cum să devenim părinţi mai buni", cursuri făcute în comunităţile din care sunt părinţii. (I9, director executiv adjunct DGASPC, 12 mai 2007)

> Tot echipa mobilă se ocupă şi de cursurile de educaţie parentală. Noi avem acest serviciu în structura noastră, a direcţiei. Facem cursuri cu părinţii, câte şapte întâlniri cu fiecare grup, o întâlnire pe săptămână. Şi organizăm aceste cursuri pentru părinţi, care au copii cu dizabilităţi, pentru părinţii care trimit copiii la cerşit, pentru părinţii cerşetori... Sunt foarte importante şi se obţin rezultate vizibile. (FG7, specialişti servicii de prevenire DGASPC şi ONG, 12 mai 2007)

Un principiu esenţial care stă la baza dezvoltării echipelor mobile şi oferirii serviciilor la domiciliu este legat de efectele benefice pe care le au păstrarea copilului în familie şi prezenţa permanentă a părinţilor în jurul copilului. Echipa mobilă realizează activităţi de reabilitare cu sprijinul părinţilor şi

transferă, din competențele specialistului, practici, exerciții, modalități de lucru pe care părintele le exersează cu copilul său în intervalul dintre două vizite ale echipei. Astfel, se pot sesiza efectele pe care le au activitățile desfășurate de părinți asupra copilului, progresele sau regresele înregistrate, părintele devenind cel mai activ participant la reabilitarea și socializarea copilului.

> În urma contactării familiilor, ne deplasăm la domiciliul acestora și, dacă este prima vizită, le facem ancheta socială și depistăm problemele cu care se confruntă acei părinți. De obicei, copiii au multiple probleme, atât psihice, cât și motorii, și atunci fiecare specialist acționează asupra fiecărei direcții de intervenție. După ce evaluează copilul, specialistul acționează direct, învățând și părinții, deci are loc un transfer de competență, pentru că, având o cazuistică atât de vastă, nu ne putem deplasa atât de des la familie acasă. De aceea, părintele este cel care continuă [...] până la următoarea noastră vizită. Noi [echipa mobilă - *n.n.*] ajungem în familie cam la o lună, trei săptămâni în funcție de caz [...] și, dacă sunt rezultate, vizita poate avea loc la o lună, apoi la o lună și o săptămână. Asta înseamnă că părintele a învățat ce are de făcut și lucrează cu copilul. (FG7, specialiști servicii de prevenire DGASPC și ONG, 12 mai 2007)

Accesibilitatea serviciilor oferite de echipa mobilă

Echipa mobilă este văzută ca un serviciu flexibil, adaptat nevoilor copiilor cu dizabilități și părinților acestora, care conduce la creșterea accesibilității la servicii de recuperare și reabilitare. Oferirea serviciilor la domiciliul familiei îi dă copilului șansa de a beneficia de activități de reabilitare, iar părintele învață de la specialiști tehnici de lucru cu copilul. Și toate acestea la un cost mult mai scăzut decât cel necesar oferirii acestor tipuri de servicii într-un centru de reabilitare.

> Când mergi la el, ai stabilit un program, poți să mai mergi, altfel te percepe când te vede că vii, că intri în casa lui. Nu este exclus ca și centrele astea de recuperare și reabilitare care există și la care poți să-l aduci să fie utile, dar echipa mobilă, zic eu, este foarte eficientă și mult mai puțin costisitoare. (I9, director executiv adjunct DGASPC, 12 mai 2007)

Centrele de reabilitare au o capacitate scăzută de a oferi servicii, iar copiii cu dizabilități care locuiesc la distanțe mari de aceste centre nu au posibilitatea de a beneficia de serviciile acestora. Chiar dacă ar exista un interes al comunității pentru amenajarea unor spații destinate reabilitării în mediul rural aflat la distanțe mari de orașe, ar fi practic imposibil să se găsească specialiști care să lucreze în astfel de centre.

> Dacă sunt trei copii cu dizabilități într-o comunitate, pentru ei nu este necesar să amenajezi o cameră unde să se facă recuperare. Aici e puțin mai

dificil. De asta spun că, pentru copilul cu dizabilităţi, mai eficiente sunt echipamentul şi activitatea echipei mobile. Pentru ca să amenajezi o cameră, trebuie să angajezi o persoană care să stea numai pentru asta. Costurile şi tot ce înseamnă aceasta... nu găseşti specialistul, că, de fapt, asta este problema şi marele dezavantaj al nostru. În ceea ce priveşte recuperarea, pe partea care priveşte prevenirea separării copilului cu handicap de familie, aici trebuie o altă strategie, cred eu, de urmat. Echipa mobilă cred că este cea mai bună soluţie pentru accesul la recuperare al copiilor cu dizabilităţi (I9, director executiv adjunct DGASPC, 12 mai 2007)

Cred că, pentru copiii cu dizabilităţi, ar trebui dezvoltate asistenţa la domiciliu şi asistenţa medicală la domiciliu [...] şi transportul asigurat pentru a merge la centrele de recuperare. Este foarte important acest lucru. (FG9, asistenţi sociali comunitari şi asistenţi medicali comunitari, reprezentanţi ONG, 15 iunie 2007)

Centrele de recuperare destinate copiilor cu dizabilităţi

La 1 mai 2007, în România funcţionau 161 de centre pentru recuperare destinate copiilor cu dizabilităţi, dintre care 148 în judeţe şi 13 în municipiul Bucureşti.

Tabelul 76. *Numărul centrelor de recuperare destinate copiilor cu dizabilităţi din judeţe, la 1 mai 2007*

Centre de recuperare în judeţe	
În subordinea DGASPC	94
În subordinea consiliilor locale	6
Administrate de ONG	48
Total	**148**

Figura 29 ne arată că cele mai multe centre de recuperare din judeţe sunt administrate de către DGASPC (64%), aceasta fiind o consecinţă a iniţierii unor astfel de servicii în cadrul unor programe-pilot. Mai mult decât atât, marea majoritate se află în reşedinţele de judeţ, o opţiune a DGASPC condiţionată de absenţa resurselor umane şi de lipsa de atractivitate a mediului rural pentru specialiştii din domeniul recuperării şi reabilitării.

Remarcăm, de asemenea, faptul că ONG oferă servicii de recuperare şi reabilitare în cadrul unor centre specializate, în provincie 32% dintre centrele funcţionale fiind administrate de către ONG. Consiliile locale din mediul urban administrează 4% dintre ele.

Şi în municipiul Bucureşti se menţine acest raport în ceea ce priveşte administrarea centrelor de recuperare şi reabilitare (62% dintre acestea fiind administrate de consiliile locale ale municipiului Bucureşti, iar restul oferite

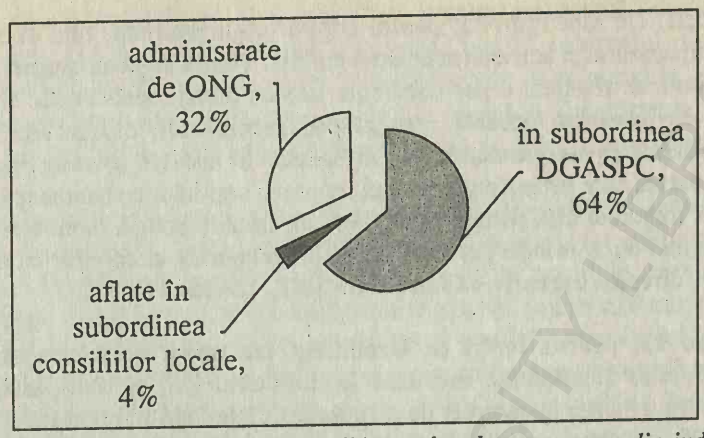


Figura 29. *Repartiţia administrării centrelor de recuperare din judeţe la 1 mai 2007*

Tabelul 77. *Numărul centrelor de recuperare destinate copiilor cu dizabilităţi din municipiul Bucureşti, la 1 mai 2007*

Centre de recuperare în municipiul Bucureşti	
În subordinea consiliului local	8
Administrate de ONG	5
Total	**13**

de către sectorul nonguvernamental). S-au dezvoltat centre de reabilitare în toate zonele ţării, dar acestea sunt considerate insuficiente în asigurarea unor servicii pentru toţi copiii cu dizabilităţi. Indiferent cât de multe s-ar înfiinţa în continuare, ele sunt considerate centre specializate de reabilitare care necesită personal calificat şi nu pot acoperi eficient nevoile de la nivelul mediului rural. Distanţele mari faţă de aceste centre, care sunt localizate în principal în oraşe, fac imposibil accesul unor categorii de copii din localităţile rurale.

> O problemă pe care o consider foarte importantă în judeţ este aceea că sunt foarte mulţi copii cu dizabilităţi în comunităţi şi noi nu avem decât două centre de recuperare pentru copilul cu handicap sever. (FG7, specialişti servicii de prevenire DGASPC şi ONG, 12 mai 2007)

> Din lipsa acestor centre de recuperare şi reabilitare şi din dorinţa de a fi un suport pentru familiile care au aceşti copii, am făcut un program în care o parte dintre copii vin de trei ori pe săptămână, alţii de două ori pe săptămână şi alţii, care sunt de mai departe, vin o dată pe săptămână. (FG10, specialişti servicii de prevenire DGASPC şi ONG, 15 iunie 2007)

Există iniţiative ce reprezintă servicii de tranziţie către *reabilitarea bazată pe comunitate*, cum ar fi centrele de recuperare pentru copiii cu dizabilităţi. În

cele mai multe judeţe au fost înfiinţate, în principal cu finanţare externă, astfel de servicii care oferă sprijin pentru reabilitarea şi integrarea în comunitate a copiilor cu dizabilităţi. Totuşi, în etapa actuală, puţine dintre acestea aparţin într-adevăr comunităţii locale, responsabilitatea reabilitării copiilor revenind în continuare integral specialiştilor de la nivelul DGASPC. În ceea ce priveşte transferul competenţelor către familie, se remarcă iniţiative ale implicării familiilor în activităţile centrelor: organizarea unor cursuri de educaţie parentală, programe de pregătire a părinţilor în reabilitarea copiilor şi chiar contribuţii financiare asigurate de părinţi pentru susţinerea activităţii centrelor.

> Părinţii sunt constituiţi la noi în „Asociaţia părinţilor copiilor cu nevoi speciale". În toate acţiunile pe care le facem, ei sunt alături de noi. Inclusiv în activităţile de igienizare, de curăţenie, suportarea unor cheltuieli, participarea la activităţile copiilor. La acţiunile noastre participă, organizează spectacole de binefacere unde sunt chemaţi copiii din comunitate şi considerăm că sunt o mare familie. Am ajuns la nivelul de a lucra pentru calitate, nu pentru cantitate. (FG7, specialişti servicii de prevenire DGASPC şi ONG, 12 mai 2007)

Pentru implicarea părinţilor în procesul de reabilitare a copilului, personalul din unele centre de reabilitare consideră că este chiar obligatorie participarea părinţilor la activităţile de terapie, aceştia transformându-se în coterapeuţi. Strategia de lucru indică nu doar transparenţă în ceea ce priveşte intervenţia, ci şi o condiţie pentru asigurarea unor servicii de calitate şi a condiţiilor pentru o intervenţie permanentă.

> Este obligatoriu ca părintele să participe la terapie. El devine, practic, un coterapeut. Eu, care lucrez în logopedie, trag întreg programul la xerox, iar acolo unde este cazul, îl dau acasă să mai lucreze cu el [copilul – *n.n.*]. Eu lucrez tot timpul cu părintele alături, până învaţă toate tehnicile, după care nu mai este nevoie... Şi în ergoterapie şi kinetoterapie e la fel. Sunt copii care, la început, nu vor să lucreze în prezenţa părintelui, până când instructorul sau specialistul nu stabileşte momentul în care poate fi implicat părintele. Unul vrea numai în prezenţa părintelui, altul nu vrea. (FG10, specialişti servicii de prevenire DGASPC şi ONG, 15 iunie 2007)

Cursurile de educaţie parentală urmăresc nu doar să ofere anumite informaţii necesare părinţilor în reabilitare, ci şi să schimbe atitudinea pe care o au părinţii faţă de copil şi faţă de propria lor situaţie, faţă de integrarea socială a copilului etc. Educaţia parentală pune accentul pe influenţa grupului în ceea ce priveşte împărtăşirea unor valori, dezvoltarea unor practici şi încurajarea unor atitudini pozitive.

> Să ştiţi că mai degrabă familiile mai sărace îşi scot copilul şi-l acceptă aşa cum este, iar familiile care au un potenţial mare îşi ascund copiii şi nu-şi acceptă situaţia. Într-o comunitate mai mică, refuză ca problema lor să fie

cunoscută. În altă parte, sunt familii care refuză să se prezinte cu copiii la centru, să-i scoată în comunitate. De aceea sunt foarte importante întâlnirile de educaţie a părinţilor. Prezenţa celorlalţi părinţi creează un sentiment de solidaritate care-i ajută să se schimbe. (FG10, specialişti servicii de prevenire DGASPC şi ONG, 15 iunie 2007)

Contribuţiile locale la plata unor servicii

Din informaţiile oferite de către DGASPC, se observă că, la nivelul municipiilor şi oraşelor, contribuţia autorităţilor locale privind plata unor servicii destinate copiilor din comunităţile respective este foarte mică. Astfel, doar 23,7% dintre aceste localităţi contribuie la plata unor servicii de protecţie rezidenţială şi 17,8% la plata serviciilor de protecţie în asistenţă maternală.

Tabelul 78. *Contribuţia municipiilor/oraşelor la plata unor servicii, la 1 mai 2007*

Contribuţia municipiilor/oraşelor la plata unor servicii	Număr	%
Numărul municipiilor/oraşelor la nivelul ţării	325	–
Numărul municipiilor/oraşelor care contribuie la plata serviciilor de protecţie rezidenţială	77	23,7
Numărul municipiilor/oraşelor care contribuie la plata serviciilor de protecţie în asistenţă maternală	58	17,8
Numărul municipiilor/oraşelor care au programe de sprijin economic pentru prevenirea abandonului	39	12,0

Mai mult decât atât, deşi din punct de vedere legal este responsabilitatea comunităţilor locale să ofere servicii de prevenire a separării copilului de familia sa, observăm că implicarea primăriilor din mediul urban este mai redusă decât a localităţilor din mediul rural. Doar 12% dintre localităţile urbane au prevăzute în buget sumele necesare unor programe de sprijin economic pentru intervenţie în situaţie de criză, care să diminueze riscul de separare a copilului de familia sa.

Dincolo de justificarea imposibilităţii dezvoltării unor servicii de prevenire din lipsa fondurilor în mediul rural, se observă că autorităţile locale din aceste localităţi contribuie în mai mare măsură la plata unor servicii de protecţie pentru copiii aflaţi în sistemul rezidenţial şi asistenţă maternală decât primăriile din mediul urban. Se constată, şi în acest caz, lipsa resurselor alocate unor programe de sprijin economic pentru prevenirea separării copilului de familia sa (doar 3,4% dintre comunităţile rurale au prevăzute fonduri în buget pentru acest lucru) şi, de cele mai multe ori, fondurile sunt destinate situaţiilor dramatice (decese în familie, incendii sau alte calamităţi).

Totodată, participanţii la focus-grupuri au sesizat faptul că eliminarea contribuţiei la plata unor servicii de protecţie a copilului din partea autorităţilor conduce la efecte perverse. Acestea sunt mai puţin conştiente de necesitatea

Tabelul 79. *Contribuţia comunelor la plata unor servicii, la 1 mai 2007*

Contribuţia comunelor la plata unor servicii	Număr	%
Numărul comunelor la nivelul ţării	2.881	-
Numărul comunelor care contribuie la plata serviciilor de protecţie rezidenţială	799	27,7
Numărul comunelor care contribuie la plata serviciilor de protecţie în asistenţă maternală	568	19,7
Numărul comunelor care au programe de sprijin economic pentru prevenirea abandonului	97	3,4

dezvoltării unor servicii de prevenire pentru copiii aflaţi în situaţii de risc şi manifestă o atitudine de indiferenţă faţă de nevoia şi posibilitatea dezvoltării unor servicii de prevenire la nivel local. În momentul în care s-a renunţat la plata serviciilor de protecţie a copilului, s-a înregistrat o tendinţă de creştere a numărului de solicitări pentru luarea unei măsuri de protecţie. Acesta poate fi un alt argument al creşterii numărului de copii din sistemul de protecţie în anul 2006. Eliminarea obligaţiei de plată a contribuţiilor autorităţilor locale către serviciile de protecţie pentru copiii ce provin din comunitate nu a dezvoltat un sistem care să încurajeze şi să susţină dezvoltarea serviciilor de prevenire la nivel local.

> Primăriile nu mai plătesc serviciile [legate de protecţia copilului - *n.n.*]. Imediat ce s-a scos din legislaţie această plată au început să curgă solicitările şi sesizările de a lua copiii în sistem. De regulă, primăriile nu fac plan de servicii pentru copiii pe care-i ştiu în dificultate. Nu analizează situaţia fiecărui copil şi nu întocmesc planuri de servicii. Şi se ajunge ca un copil care este în situaţie de risc să fie luat în regim de urgenţă şi, pentru că nu avea plan de servicii, deşi primăria ştia că este în dificultate, să se facă repede un plan de servicii cu data întocmirii cu două zile înainte. (I11, director executiv adjunct DGASPC, 15 iunie 2007)

> Primăriile nici nu mai plătesc pentru serviciile oferite copiilor aflaţi într-o formă de protecţie. Asta e marea durere... s-a scos acea plată din partea primăriilor, dar ele nu şi-au dezvoltat servicii de prevenire la nivel local în contrapondere. (FG7, specialişti servicii de prevenire DGASPC şi ONG, 12 mai 2007)

Deseori, PS este completat cu câteva zile înainte de a se propune o măsură de protecţie sau după ce se solicită o astfel de măsură, iar DGASPC condiţionează intrarea copilului în sistemul de protecţie de existenţa PS întocmit la nivelul primăriei.

> De obicei, când apar cazurile din judeţ, nu vin cu un plan de servicii realizat la nivelul comunităţii. De obicei, îl fac ulterior, după ce se solicită luarea unei măsuri de protecţie. (FG12, specialişti servicii de prevenire DGASPC şi maternităţi, 25 iunie 2007)

Sprijinul economic pentru reintegrarea familială a copiilor

În mod particular, DGASPC nu beneficiază de fonduri prevăzute pentru prevenirea separării copilului de familia sa, dar îi sunt alocate resurse financiare pentru susținerea familiilor în vederea reintegrării copiilor din sistemul de protecție. Astfel, observăm că 40,4% dintre DGASPC au la dispoziție astfel de fonduri pe care le administrează în funcție de situațiile particulare ale cazurilor, în timp ce 21,1% nu au fonduri pentru susținerea reintegrării familiale. 8,5% dintre DGASPC nu au oferit informații cu privire la existența unor resurse pentru sprijinul economic al cazurilor de reintegrare familială.

Tabelul 80. *Existența în bugetul DGASPC a unor fonduri destinate sprijinului economic pentru reintegrarea familială a copiilor, la 1 mai 2007*

Răspuns	Număr	%
Da	19	40,4
Nu	24	51,1
Nu răspund	4	8,5
Total	**47**	**100,0**

Analiza datelor pe județe referitoare la reintrările în sistemul de protecție a copilului ne oferă informații cu privire la modul în care sprijinul economic oferit pentru reintegrare a participat la reducerea riscurilor producerii acestui fenomen. Se constată o diminuare a riscurilor în măsura în care se acordă un sprijin financiar familiilor (DGASPC cu rata cea mai scăzută de succes a reintegrării familiale nu au prevăzute fonduri pentru sprijinul financiar destinat familiilor în care sunt reintegrați copiii), fără ca aceasta să constituie o condiție obligatorie. Sunt DGASPC care nu au înregistrat niciun eșec în reintegrarea familială a copilului în 2006, fără a avea bani pentru sprijin financiar, dar având angajați profesioniști în structură, care au oferit servicii de monitorizare postreintegrare. De asemenea, rata mai mică de eșec a reintegrării familiale este susținută mai ales de existența serviciilor la nivel comunitar (asistenți sociali, centre de zi, centre de consiliere pentru părinți etc.).

Pentru a evidenția reușita menținerii copilului reintegrat în propria familie, am utilizat un indicator numit *rata de succes în reintegrare*, acesta fiind calculat ca raport între diferența dintre numărul copiilor reintegrați familial și reintrările în sistem în cursul anului la nivelul fiecărei DGASPC și diferența dintre numărul total de reintegrări familiale și reintrări în sistemul de protecție la nivel național.

Astfel, din ierarhia rezultată în urma acestor calcule putem observa că pe primul loc în țară în ceea ce privește reintegrarea familială a copiilor se află DGASPC Dolj, care a reușit să reintegreze 331 de copii, dintre care niciunul

Tabelul 81. *Sumele prevăzute în bugetul DGASPC, destinate sprijinului economic pentru reintegrarea familială a copiilor, la 1 mai 2007*

DGASPC	Suma în RON
Alba	81.000
Arad	71.270
Argeş	390
Bacău	0
Bihor	30.000
Bistriţa-Năsăud	0
Botoşani	0
Braşov	0
Brăila	390
Bucureşti – Sectorul 1	-
Bucureşti – Sectorul 2	73
Bucureşti – Sectorul 3	560.757
Bucureşti – Sectorul 4	0
Bucureşti – Sectorul 5	300
Bucureşti – Sectorul 6	20.000
Buzău	0
Caraş-Severin	0
Călăraşi	0
Cluj	0
Constanţa	39.000
Covasna	0
Dâmboviţa	0
Dolj	19.800
Galaţi	0
Giurgiu	0
Gorj	323.820
Harghita	0
Hunedoara	0
Ialomiţa	0
Iaşi	113.100
Ilfov	19.500
Maramureş	0
Mehedinţi	–
Mureş	15.000

BABEŞ-BOLYAI UNIVERSITY LIBRARY

Neamţ	0
Olt	3.500
Prahova	0
Satu Mare	–
Sălaj	0
Sibiu	0
Suceava	0
Teleorman	19.500
Timişoara	0
Tulcea	0
Vaslui	–
Vâlcea	390
Vrancea	85.000
Total	**1.402.790**

Tabelul 82. *Ierarhia ratei de succes în reintegrare în 2006*

Rang	DGASPC	Rata de succes	Total reintegrări familiale	Total reintrări în sistemul de protecţie
1	Dolj	0,1376	331	0
2	Teleorman	0,0699	170	2
3	Vrancea	0,0678	166	3
4	Gorj	0,0441	107	1
5	Iaşi	0,0403	99	2
6	Alba	0,0374	92	2
7	Buzău	0,0353	92	7
8	Brăila	0,0345	88	5
9	Mureş	0,0328	93	14
10	Suceava	0,0299	84	12
11	Braşov	0,0266	64	0
12	Argeş	0,0233	59	3
13	Timiş	0,0229	55	0
14	Constanţa	0,0225	59	5
15	Prahova	0,0225	64	10
16	Sibiu	0,0220	55	2
17	Vâlcea	0,0220	57	4
18	Tulcea	0,0208	50	0
19	Bihor	0,0175	42	0

20	Hunedoara	0,0175	46	4
21	Maramureş	0,0175	42	0
22	Bistriţa-Năsăud	0,0170	45	4
23	Neamţ	0,0162	40	1
24	Bucureşti – Sectorul 5	0,0158	41	3
25	Dâmboviţa	0,0154	54	17
26	Arad	0,0146	36	1
27	Ilfov	0,0146	35	0
28	Giurgiu	0,0129	31	0
29	Botoşani	0,0125	30	0
30	Bucureşti – Sectorul 2	0,0100	25	1
31	Bucureşti – Sectorul 6	0,0091	22	0
32	Călăraşi	0,0091	23	1
33	Ialomiţa	0,0087	22	1
34	Sălaj	0,0087	22	1
35	Bacău	0,0083	24	4
36	Bucureşti – Sectorul 1	0,0075	18	0
37	Harghita	0,0075	19	1
38	Olt	0,0071	20	3
39	Galaţi	0,0062	15	0
40	Covasna	0,0025	9	3
41	Caraş-Severin	0,0021	5	0
42	Mehedinţi	0,0021	5	0
43	Vaslui	0,0017	16	12
44	Cluj	0,0000	0	0
45	Bucureşti – Sectorul 3	-0,0004	4	5
46	Bucureşti – Sectorul 4	NR	8	NR
47	Satu Mare	NR	55	NR
	Total naţional		**2.539**	**134**

nu s-a reîntors în sistemul de protecţie în cursul anului 2006 (rată maximă de succes la nivel naţional de 0,1376). Valorile negative ale ratei de succes în reintegrare se înregistrează în cazurile în care numărul de reintrări în sistemul de protecţie este mai mare decât cel al reintegrărilor familiale (aşa cum este cazul DGASPC Bucureşti – Sectorul 3). În tabelul 82 se pot observa două situaţii în care, chiar dacă s-a raportat numărul reintegrărilor familiale din 2006, nu s-a precizat numărul cazurilor de reintrări în sistemul de protecţie. Pentru aceste situaţii nu s-a putut calcula rata de succes în reintegrarea familială a copiilor din sistemul de protecţie.

Sprijinul de urgenţă pentru prevenirea separării copilului de familia sa

De obicei, bugetele primăriilor prevăd sume destinate unui sprijin de urgenţă, acestea fiind cel mai adesea alocate pentru incendii, calamităţi sau decese. În anumite situaţii speciale, sprijinul constă în sume de bani destinate cumpărării de medicamente, amenajarea spaţiului de locuit, racordarea unor gospodării la utilităţi, în special curent electric.

> Da, noi [primăria – *n.n.*] oferim sprijin economic în situaţii speciale. Avem ajutoarele prevăzute de Legea 416, avem hotărârea consiliului local care prevede ajutor de urgenţă pentru incendii, calamităţi şi alte situaţii. Consilierii au alocat, pe puncte, celor care au venitul pe membru de familie mai mic decât minimul pe economie. Chiar azi avem două cazuri care nu fac obiectul Legii 448 pentru persoanele cu handicap, sunt foarte bolnavi şi au nevoie de bani pentru medicamente, au suferit câteva operaţii anul acesta şi au intrat cu indemnizaţie din partea primăriei. Conform legii, nu intră, dar noi le acordăm indemnizaţie conform hotărârii consiliului local. (FG9, asistenţi sociali comunitari şi asistenţi medicali comunitari, reprezentanţi ONG, 15 iunie 2007)

În cele mai multe situaţii, sprijinul de urgenţă oferit de către primării este destinat ajutorului pentru înmormântare, calamităţi sau incendii, fără a avea o destinaţie precisă, centrată pe prevenirea separării copilului de familia sa.

> Primăriile nu au fonduri de urgenţă pentru prevenirea abandonului, au mai mult pentru înmormântare, pentru incendii şi calamităţi. (I11, director executiv adjunct DGASPC, 15 iunie 2007)

Totuşi, în unele comune s-au alocat resurse financiare pentru prevenirea separării copilului de familie, iar participanţii la focus-grupuri au specificat că aprobarea acestor sume cu destinaţie specială de către consiliul local a fost posibilă şi datorită insistenţelor asistenţilor sociali comunitari.

> Şi noi avem ajutoare de înmormântare. Pentru cei care beneficiază de prevederile Legii 416, banii sunt de la buget, se iau din fondul de ajutor social, nu-i nicio problemă, dar ajutoarele de urgenţă se suportă din bugetul local. Am acordat ajutoare speciale. Tot aşa, la un deces, la o situaţie deosebită. Legea 272/2004 prevede că primarul poate să aloce din bugetul local o indemnizaţie pentru copiii aflaţi în situaţie de risc. Eu, cel puţin, m-am ţinut de primarul meu în fiecare an şi a inclus bani pentru asta. (FG9, asistenţi sociali comunitari şi asistenţi medicali comunitari, reprezentanţi ONG, 15 iunie 2007)

> Noi [primărie reşedinţă de judeţ – *n.n.*] avem sume alocate pentru prevenirea abandonului. Sumele se stabilesc în Consiliul Local, adică un cuantum maxim care se poate acorda şi condiţiile, pentru că legea nu prevede expres acest lucru. În lege se specifică faptul că primarul acordă aceste prestaţii familiilor defavorizate tocmai în acest scop, dar fără prea multe condiţii explicitate, lăsând la latitudinea fiecărui consiliu local să stabilească în funcţie de comunitate. Şi oferim acest ajutor în bani. (FG8, specialişti servicii de prevenire de la nivelul primăriilor, 13 mai 2007)

> Noi [primărie din mediul rural – *n.n.*] avem circa 100 de milioane prevăzute pentru sprijin de urgenţă. Mai oferim şi burse pentru copii, la cei care sunt la şcoală şi au probleme. Pe lângă faptul că trebuie să mai ajutăm cu anumite sume unele familii care sunt în dificultate, după o analiză foarte amănunţită. (I17, primar de comună, 25 iunie 2007)

Pentru acordarea unor ajutoare de urgenţă destinate depăşirii situaţiilor de criză, ONG obţin bani de pe urma organizării unor campanii pentru strângere de fonduri, a unor evenimente publice sau prin identificarea unor sponsori. Acest lucru face ca sprijinul de urgenţă oferit de ONG să fie mai flexibil şi adaptat nevoilor beneficiarilor, evitându-se distribuirea unor ajutoare financiare directe (banii nu sunt daţi beneficiarilor, ci se plătesc anumite utilităţi sau se achiziţionează bunuri):

> Noi [ONG – *n.n.*] facem tot felul de acţiuni, strângeri de fonduri... Chiar zilele astea am avut un caz cu risc de abandon. Acolo unde sunt situaţii foarte grave, să zicem că oamenii au datorii foarte mari la întreţinere, la locuinţele sociale sau la apă şi gunoi, încercăm să acoperim şi aceste cheltuieli, pentru a nu fi evacuaţi... nu le dăm bani, ci plătim noi. (FG9, asistenţi sociali comunitari şi asistenţi medicali comunitari, reprezentanţi ONG, 15 iunie 2007)

Dincolo de suportul financiar primit de familiile în situaţie de criză, participanţii la focus-grupuri au subliniat şi rolul serviciilor de consiliere şi suport acordate părinţilor.

> Nu ştiu dacă poţi face prevenire doar cu o sumă de bani pe care o oferi. O sumă de bani este necesară. De exemplu, dintre cazurile pe care le-am ajutat din fondul de sprijin ocazional, nicio familie nu şi-a abandonat copilul, dar fără să discuţi cu ea nu rezolvi absolut nimic. (FG8, specialişti servicii de prevenire de la nivelul primăriilor, 13 mai 2007)

Alocaţia până la 2 ani

Decizia guvernamentală de a majora alocaţia pentru copiii cu vârsta de până la 2 ani la suma de 200 de lei, începând cu 1 ianuarie 2007, a produs efecte semnificative în privinţa separării copilului de familia sa, sesizate de către

participanţii la focus-grupuri şi interviuri individuale. După cum am precizat încă de la început, intrările cele mai numeroase în sistemul de protecţie au fost la categoria de vârstă 0-3 ani, dar datele statistice se referă doar la copiii nou intraţi în sistemul de protecţie în 2006. De aceea, este foarte important să se evalueze efectele acestei decizii la începutul anului 2008, atât pentru copiii care beneficiază încă de această alocaţie, cât şi pentru cei care au împlinit vârsta de 2 ani.

Printre efecte au fost menţionate:

a) creşterea natalităţii, în special în rândul familiilor cu mulţi copii şi cu probleme sociale;
b) reducerea numărului de copii părăsiţi în maternităţi;
c) reducerea numărului de copii cu vârsta de până la 2 ani care intră în sistemul de protecţie;
d) riscul creşterii numărului de solicitări pentru luarea unei măsuri de protecţie pentru copiii care au împlinit 2 ani.

> Creşterea alocaţiei la 200 de lei a dus la creşterea natalităţii în comună... dar ştiţi în care mediu? Tot acolo unde erau şase copii, tot acolo a crescut natalitatea, nu în celelalte familii. [Alocaţia] este o motivaţie foarte puternică pentru familiile fără venituri, dar cred că sunt efecte perverse: i-a încurajat tot pe cei care nu au o locuinţă cât de cât şi care au tot timpul probleme. Aceste două milioane vor fi numai timp de doi ani, iar copilul ăsta nu va creşte numai până la 2 ani şi după aia gata. (FG9, asistenţi sociali comunitari şi asistenţi medicali comunitari, reprezentanţi ONG, 15 iunie 2007)

> Lucrez din 2002... La momentul respectiv erau foarte mulţi copii abandonaţi în spitalul de copii. Am preluat direct din maternitate cazurile speciale. Anul trecut [2006 – *n.n.*] am avut 30 de copii părăsiţi în spital şi 24 dintre ei au intrat în sistemul de protecţie. Anul acesta [până în luna iunie 2007 – *n.n.*] am avut doar patru copii... cred că a scăzut numărul pentru că se dă alocaţia asta de două milioane. (FG10, specialişti servicii de prevenire DGASPC şi ONG, 15 iunie 2007)

> S-a diminuat numărul copiilor nou-născuţi intraţi în sistem de când s-a mărit alocaţia. Am avut copii cu risc de abandon, mame care intenţionau să lase copilul, moment în care noi luam legătura cu primăria, vedeam de ce drepturi putea beneficia mama respectivă, o mai sprijineam noi. Au mai scăzut [abandonurile – *n.n.*]. Dar sunt acele mame care nu-şi doresc copiii... (FG10, specialişti servicii de prevenire DGASPC şi ONG, 15 iunie 2007)

> Stimulează foarte mult şi alocaţia asta de două milioane, şi alocaţia complementară. De la începutul anului [2007 – *n.n.*] nu am mai avut niciun caz de plasament din comună. Acum nu ştiu dacă e vorba doar de cele două milioane sau chiar într-adevăr îi năpădeşte dragostea [pe bunici – *n.n.*], cert este că mai puţini [copii] ajung să fie daţi în plasament. (FG8, specialişti servicii de prevenire de la nivelul primăriilor, 13 mai 2007)

Implicarea autorităţilor şi a comunităţii

În general, se consideră că autorităţile locale nu sunt pregătite să ofere servicii de prevenire, mai ales pentru înfiinţarea unor centre specializate (cum sunt centrele de zi sau cele maternale), întrucât nu au resurse sau nu sunt interesate de rezolvarea problemelor sociale.

> Gândindu-mă la situaţia concretă care există acum în teritoriu, pot să vă spun că localităţile din mediul rural nu sunt foarte pregătite pentru serviciile de prevenire, nu au servicii în domeniul prevenirii. De exemplu, dacă vorbim de centrele de zi, la noi în judeţ există doar două astfel de centre în subordinea consiliilor locale. (I11, director executiv adjunct DGASPC, 15 iunie 2007)

> La momentul actual nu ştiu cât de pregătite sunt comunităţile locale şi cred că nici nu sunt interesate prea mult pentru a înfiinţa serviciul de prevenire. Mă refer strict la centrele de zi şi la centrul maternal, care este, iarăşi, un serviciu care pe noi ne ajută foarte mult în ceea ce priveşte prevenirea separării copilului de familie. (I9, director executiv adjunct DGASPC, 12 mai 2007)

> Ştiţi care este problema... De multe ori, unde am identificat o cazuistică mai ridicată legată de riscul de abandon, am discutat cu autorităţile, dar primarii au refuzat să facă centre de zi... De obicei, în astfel de comune găsim şi primari care nu sunt interesaţi de problemele sociale... Uneori ne gândeam dacă nu cumva chiar acest dezinteres al autorităţilor face să fie o incidenţă mai ridicată a problemelor sociale. (FG7, specialişti servicii de prevenire DGASPC şi ONG, 12 mai 2007)

Această incapacitate a autorităţilor locale de a dezvolta servicii în domeniul prevenirii – precum centre de zi sau centre maternale – trebuie analizată ţinând cont de resursele existente, de nevoile comunităţii şi de modul în care este gândită prevenirea. Acest serviciu social nu înseamnă neapărat doar centre de zi, de exemplu, care sunt, de altfel, foarte costisitoare şi constituie o povară pentru comunitate (pentru o comună este dificil să acopere cheltuielile cu un centru de zi ale cărui costuri se ridică la 175.000 RON anual pentru 20 de beneficiari). Serviciile de prevenire presupun activităţi de consiliere şi sprijin, uneori sprijin material sau financiar, educaţie parentală, participarea la grupuri de suport, dar şi acţiuni orientate către comunitate, pentru creşterea gradului de implicare a comunităţii în rezolvarea problemelor cu care se confruntă anumiţi membri ai săi. Uneori, prin intervenţii punctuale ale autorităţilor locale şi ale membrilor comunităţii, a fost posibilă prevenirea separării copilului de familia lui sau reîntoarcerea în comunitate a mamei şi copilului care au beneficiat pe o perioadă limitată de serviciile centrului maternal.

> Mentalitatea oamenilor din comunitate, chiar şi a celor care lucrează în primărie, a medicilor, este că fac un bine copiilor dacă-i dau la stat. A rămas

această idee imprimată, dăm copilul la stat pentru că acolo o duce mai bine, fără să încerce ei înşişi să se implice în rezolvarea problemelor. Şi atunci, mergem la cei de la primărie, îi sprijinim să întocmească un plan de servicii, le recomandăm nişte modalităţi de a-şi rezolva problema copiilor... a mers, a ţinut. (FG7, specialişti servicii de prevenire DGASPC şi ONG, 12 mai 2007)

Am o familie care locuia într-un bordei, are doi copii în sistem, a mai născut o fetiţă şi când era însărcinată cu al doilea copil mi-a zis că vrea să-l abandoneze, că nu mai poate. Am discutat cu ea şi i-am spus că încerc şi eu s-o ajut, şi să n-o dea, pentru că, în primul rând, copilul are nevoie de afecţiunea ei. Este mamă, dar un bordei este totuşi un bordei săpat în pământ. Am apelat la toată lumea, la pădurar, la primar, la vecini, unii au dat geamuri, unii uşi, alţii materiale de construcţii, au turnat temelia şi au ridicat casa. (FG8, specialişti servicii de prevenire de la nivelul primăriilor, 13 mai 2007)

Copiii s-au jucat cu chibriturile, au dat foc la casă şi au venit pompierii. Altă familie i-a luat pe timp de iarnă, le-a dat alimente şi de îmbrăcat etc. Părinţii nu au capacitatea deplină de a se coordona, de a face ceva cu banii. Cum iau banii de la ajutorul social, alocaţia monoparentală, cheltuiesc tot. Nimic nu ştiu, să se gospodărească, să facă ceva bun cu suma de bani pe care o primesc. Consumă băuturi, ţigări la discreţie, şi atunci e şi normal că nu alimentează copiii. Vine satul şi le mai dă mâncare... le dă preotul o masă la amiază. (FG8, specialişti servicii de prevenire de la nivelul primăriilor, 13 mai 2007)

Cel mai mult îmi place aici [în centrul maternal – *n.n.*] că trebuie să spăl fata, trebuie să fac curăţenie, să îmbrac fata când se murdăreşte, când face pe ea, mă duc la baie, o spăl... Am învăţat, pentru că eu nu ştiam. Şi m-am rugat la domnişoara asistent social să mă aducă aici pentru că nu am avut nici condiţii şi nu ştiam să fac mâncare. Eu mă duceam la vecini să cer mâncare pentru că nu ştiam să fac. Acum ştiu să fac o supă de cartofi, să fac piure. Am învăţat de la fete, de aici... Bărbatul meu a făcut curat, a văruit şi acum aşteaptă pe cineva să tragă lumina, de la primărie... a făcut şi grajd pentru cal, care dormea cu noi în casă... noi avem o singură cameră. (I18, mamă internată în centrul maternal, 24 iunie 2007)

Implicarea organizaţiilor nonguvernamentale în serviciile de prevenire

La nivel naţional au fost identificate 194 de ONG care oferă servicii de prevenire a separării copilului de familia sa. Dintre acestea, 167 acţionează în judeţe (86%), iar 27 în sectoarele municipiului Bucureşti (14%). Ele sunt acreditate pentru a oferi servicii de asistenţă socială, printre care şi servicii de prevenire.

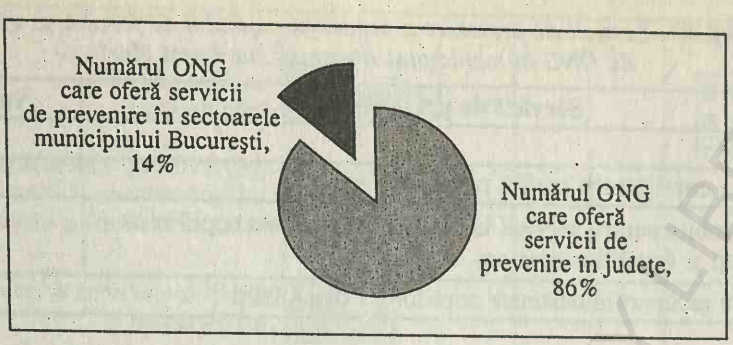


Figura 30. *Repartiţia geografică a ONG care oferă servicii de prevenire a separării copilului de familia sa, la 1 mai 2007*

În judeţe, ONG sunt implicate în oferirea serviciilor de prevenire în cadrul unor centre de zi, centre de consiliere şi sprijin pentru părinţi, echipe mobile destinate serviciilor la domiciliu pentru copiii cu dizabilităţi şi familiile acestora, precum şi prin intermediul centrelor de zi pentru recuperarea şi reabilitarea copiilor cu dizabilităţi, în total existând 221 de asemenea servicii.

Tabelul 83. *Servicii de prevenire a separării copilului de familia sa oferite de ONG în judeţe, la 1 mai 2007*

Servicii de prevenire	Număr
Centre de zi în oraşul reşedinţă de judeţ	70
Centre de zi în celelalte municipii/oraşe din judeţ	49
Centre de zi în comune	17
Centre de consiliere şi sprijin pentru părinţi	29
Echipe mobile pentru servicii la domiciliu destinate copiilor cu dizabilităţi şi familiilor acestora	8
Centre de recuperare destinate copiilor cu dizabilităţi	48

Observăm că resursele ONG situate în judeţe sunt orientate cu prioritate către centrele de zi, inclusiv cele pentru reabilitare, mai ales în zonele urbane. S-au înfiinţat şi 29 de centre de consiliere şi sprijin pentru părinţi, unele dintre acestea oferind inclusiv intervenţii de grup, prin programe de educaţie parentală şi organizarea unor grupuri de suport pentru părinţi. Cel mai puţin dezvoltat serviciu de către ONG este reprezentat de echipele mobile care oferă servicii la domiciliu pentru copiii cu dizabilităţi.

Orientarea ONG către serviciile precizate mai sus se menţine în aceeaşi linie şi în cazul municipiului Bucureşti, sectorul privat dezvoltând o serie de centre de zi, unele specializate în servicii de recuperare şi reabilitare, centre de consiliere şi sprijin pentru părinţi. ONG au dezvoltat în Bucureşti o singură echipă mobilă care oferă servicii la domiciliul copiilor cu dizabilităţi.

Tabelul 84. *Servicii de prevenire a separării copilului de familia sa oferite de ONG în municipiul București, la 1 mai 2007*

Servicii de prevenire	Număr
Centre de zi	18
Centre de consiliere și sprijin pentru părinți	7
Echipe mobile pentru servicii la domiciliu destinate copiilor cu dizabilități și familiilor acestora	1
Centre de recuperare destinate copiilor cu dizabilități	5

Tabelul 85. *Ponderea serviciilor de prevenire a separării copilului de familia sa oferite de ONG la nivel național, la 1 mai 2007*

Tipul serviciului	ONG	Public	Total	%
Centre de zi	154	287	441	34,9
Centre de consiliere și sprijin pentru părinți	36	74	110	32,7
Echipe mobile pentru servicii la domiciliu destinate copiilor cu dizabilități și familiilor acestora	9	8	17	52,9
Centre de recuperare destinate copiilor cu dizabilități	53	108	161	32,9

Putem observa din acest tabel gradul de implicare al sectorului nonguvernamental în oferirea unor servicii de prevenire a separării copilului de familia sa, în medie o treime dintre aceste centre fiind administrate de ONG. Astfel, la nivel național, ONG administrează 34,9% dintre centrele de zi, 32,7% dintre centrele de consiliere și sprijin pentru părinți și 32,9% dintre centrele de recuperare destinate copiilor cu dizabilități. Cifrele întăresc ideea că, în domeniul prevenirii, sistemul nonguvernamental și-a sporit capacitățile și poate constitui unul dintre furnizorii importanți de servicii sociale în domeniul prevenirii separării copilului de familia sa, mai ales dacă aceste servicii sunt asumate și finanțate de comunitatea locală.

> Eu cred că, în perspectivă, nu vor fi direcțiile astea [se referă la DGASPC – *n.n.*]. O să fie o Direcție de Asistență Socială numai cu rol de coordonare din punct de vedere metodologic, cum este Autoritatea Națională pentru Protecția Copilului. Să spunem că se dezvoltă un proces de contractare către ONG și, normal, dacă eu dau bani, trebuie să am și o structură care să verifice modul în care se obțin rezultatele, modul în care sunt făcute cheltuielile etc. (I9, director executiv adjunct DGASPC, 12 mai 2007)

În graficul următor se observă faptul că sectorul privat îl devansează pe cel public doar în cazul echipelor mobile destinate copiilor cu dizabilități, dar cu o diferență foarte mică. Totuși, implicarea ONG în domeniul asistenței sociale a copilului și familiei dovedește practic că serviciile de prevenire pot fi contractate

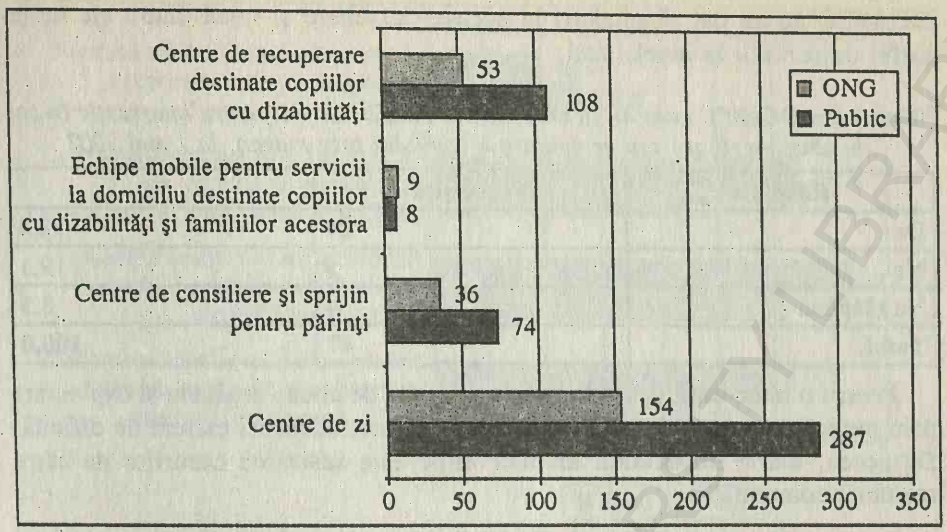


Figura 31. *Serviciile de prevenire a separării copilului de familia sa oferite de sectorul public şi de ONG-uri la nivel naţional, la 1 mai 2007*

de către ONG, acestea având experienţă şi capacitate de administrare. Pe de altă parte, în mediul urban – cu excepţia reşedinţelor de judeţ – există puţine servicii destinate prevenirii separării copilului de familia sa, chiar dacă riscul este mai ridicat în mediul urban decât în cel rural (dintre cei 6.070 de copii nou intraţi în sistemul de protecţie în 2006, 52,8% provin din mediul urban).

> Serviciile de prevenire, din păcate, sunt foarte puţine în mediul urban, ăsta este un minus şi, de exemplu, organizaţia noastră [ONG – *n.n.*] are un centru de consiliere pentru părinţi şi copii de care beneficiază 30 de copii şi părinţii lor, dar eu gândesc un serviciu de prevenire ca pe un serviciu în reţea şi nu reuşim acest lucru cu administraţia locală. Deocamdată e un centru insular, în care noi doar găsim resurse pentru a rezolva problemele, ceea ce mi se pare un mare risc, pentru că, în momentul în care serviciul nu este asumat de comunitate şi de administraţia locală, poate să dispară oricând. Este o dramă cu aceste programe care nu sunt asumate de către autorităţile locale, mai ales în oraşe. (FG9, asistenţi sociali comunitari şi asistenţi medicali comunitari, reprezentanţi ONG, 15 iunie 2007)

Intervenţia în caz de abuz, neglijare sau exploatare a copilului prin muncă

La nivel naţional se observă că doar 72,3% dintre DGASPC (care au oferit date în acest sens) au în structura proprie un serviciu destinat intervenţiei de urgenţă în caz de abuz, neglijare şi exploatare prin muncă a copilului. Patru

DGASPC nu au dat răspunsuri la această întrebare şi nouă dintre ele nu au astfel de servicii la nivel local.

Tabelul 86. *DGASPC care au în structură o echipă mobilă pentru intervenţie în caz de abuz, neglijare sau exploatare a copilului prin muncă, la 1 mai 2007*

Răspuns	Frecvenţă	%
Da	34	72,4
Nu	9	19,1
Nu răspund	4	8,5
Total	**47**	**100,0**

Pentru o intervenţie specializată în cazurile de abuz, neglijare şi exploatare prin muncă este necesară identificarea cazurilor, adeseori extrem de dificilă. De aceea, foarte importantă în intervenţie este sesizarea cazurilor de către membrii comunităţii.

Tabelul 87. *Sesizări către DGASPC cu privire la cazurile de abuz, neglijare şi exploatare prin muncă a copilului şi serviciile oferite, pentru 2006*

Categorie	Rural	Media anuală naţională pe DGASPC (rural)	Urban	Media anuală naţională pe DGASPC (urban)
Numărul sesizărilor telefonice privind abuzul, neglijarea şi exploatarea copilului	2.320	50,43	3.002	65,26
Numărul sesizărilor scrise privind abuzul, neglijarea şi exploatarea copilului	3.080	66,96	3.684	80,09
Numărul copiilor care intră în servicii de prevenire şi monitorizare în urma sesizării	2.525	54,89	3.223	70,07
Numărul copiilor intraţi în sistem în urma acestor sesizări	1.309	28,46	994	21,61

Observăm în tabelul de mai sus faptul că cele mai multe sesizări s-au primit din mediul urban, cu o medie naţională anuală de 65,26 sesizări telefonice şi 80,09 sesizări scrise. Totodată, remarcăm faptul că, în urma celor 6.686 de sesizări făcute în legătură cu cazurile identificate în localităţile urbane, pentru 3.223 de copii au fost oferite servicii de monitorizare şi prevenire a separării de familie, iar pentru 994 de copii s-a luat o măsură de protecţie. Astfel, în 48,2% dintre cazurile sesizate au fost oferite diverse servicii de prevenire, iar în 14,8% dintre cazurile sesizate s-a luat decizia plasării acestora într-o formă de protecţie.

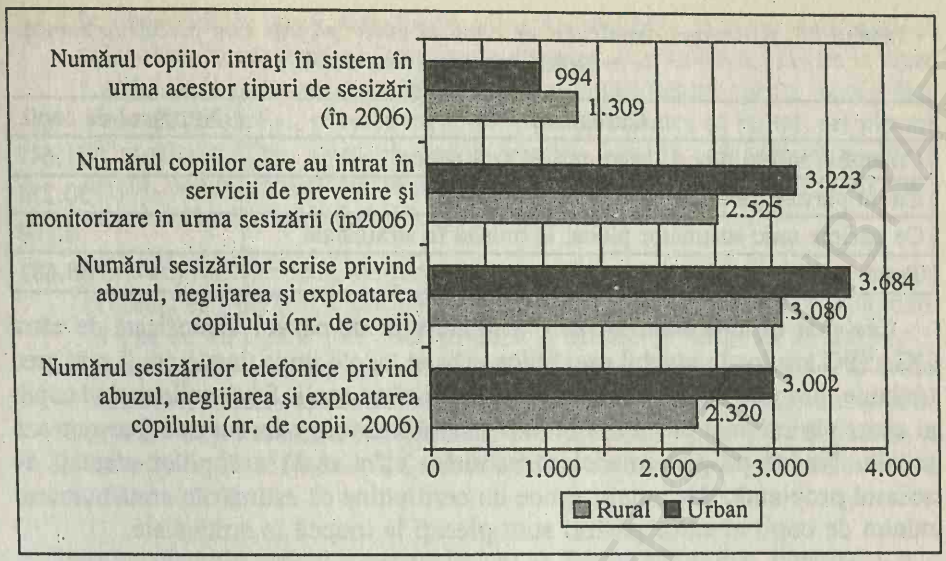


Figura 32. *Sesizări către DGASPC cu privire la cazurile de abuz, neglijare şi exploatare prin muncă a copilului şi serviciile oferite, pentru 2006*

Situaţia din mediul rural arată că, în urma celor 5.400 de sesizări telefonice şi scrise primite de către DGASPC, au fost oferite servicii de consiliere şi sprijin destinate prevenirii separării copilului de familia sa în 46,7% dintre cazuri, iar în 24,2% dintre cazurile sesizate s-a luat decizia de plasament într-o formă de protecţie. Figura de mai sus ne indică faptul că în mediul urban au fost oferite servicii de prevenire şi monitorizare mai des decât în mediul rural, iar în mediul rural s-au luat mai multe hotărâri în ceea ce priveşte plasamentul copiilor în sistemul de protecţie. Raportându-ne la numărul total, observăm că 37,1% dintre copiii intraţi în sistemul de protecţie (atât cei plasaţi pentru prima oară, cât şi cei reveniţi după reintegrare familială) au fost cazuri sesizate ca victime ale abuzului, neglijării şi exploatării prin muncă.

Copiii ai căror părinţi sunt plecaţi la muncă în străinătate

Estimarea făcută de DGASPC cu privire la numărul de copii ai căror părinţi sunt plecaţi la muncă în străinătate s-a realizat pe baza datelor trimise de către autorităţile locale. Din acest punct de vedere, nu putem să nu remarcăm lipsa unui sistem coerent de monitorizare a acestui fenomen şi inconsistenţa datelor. Astfel, sunt judeţe care au raportat un număr foarte mic de copii în comparaţie cu realitatea. Dacă ne bazăm pe datele primite de DGASPC de la primării, la nivel naţional 58.681 de copii ar fi afectaţi de plecarea unuia sau a ambilor părinţi la muncă în străinătate (date oferite la 1 mai 2007).

Tabelul 88. *Estimarea numărului de copii ai căror părinţi sunt plecaţi la muncă în străinătate, la 1 mai 2007*

Categoria	Numărul de copii
Cu ambii părinţi plecaţi la muncă în străinătate	21.647
Cu un părinte plecat la muncă în străinătate	30.274
Cu părinte unic susţinător plecat la muncă în străinătate	6.760
Total	**58.681**

Cea mai dificilă monitorizare a numărului de cazuri identificată de către DGASPC are loc la nivelul aşezărilor urbane, acolo unde datele pot fi mai greu obţinute, pornind numai de la cele oferite de către şcoli. Statisticile exclud copiii ai căror părinţi sunt plecaţi la muncă în străinătate şi care nu mai frecventează şcoala. Nu ne propunem aici să estimăm cifra reală a copiilor afectaţi de această problemă, dar putem spune cu certitudine că estimările arată numărul minim de copii ai căror părinţi sunt plecaţi la muncă în străinătate.

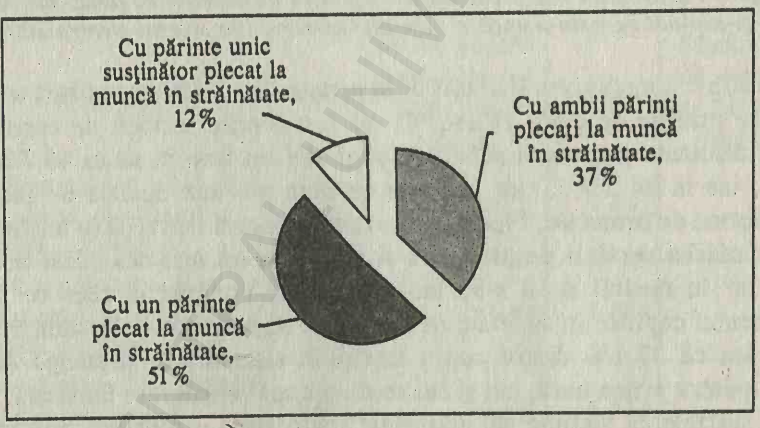


Figura 33. *Repartiţia numărului de copii ai căror părinţi sunt plecaţi la muncă în străinătate, în funcţie de specificul familiei de migraţie, la 1 mai 2007*

Pornind de la această estimare, observăm faptul că 51% dintre aceştia au un singur părinte plecat la muncă în străinătate, iar ceilalţi locuiesc la rude, cunoştinţe, prieteni sau sunt cuprinşi într-o formă de protecţie, pentru că ambii părinţi (37%) sau unicul părinte susţinător (12%) sunt plecaţi la muncă în străinătate. Pentru cele 49% dintre cazuri, situaţia este cea mai dramatică, întrucât lipsa manifestării parentalităţii biologice are efecte perverse asupra dezvoltării copilului.

> Nu există o situaţie statistică reală a numărului de copii afectaţi de plecarea părinţilor în străinătate... ar trebuie făcut ceva unitar la nivel naţional, în acest sens. (I11, director executiv adjunct DGASPC, 15 iunie 2007)

În comunităţile mari este foarte greu de urmărit. Noi am colaborat şi colaborăm foarte mult cu Inspectoratul şcolar. Am solicitat liste de la toate şcolile, de la toate grădiniţele, am făcut evaluări pentru cazuri, deşi a fost o muncă titanică şi, părerea mea, 50% inutilă, pentru că nu toţi cei plecaţi au probleme. Dar ideea că previi anumite situaţii care pot să apară la nivelul comunităţii poate că este bună. (FG8, specialişti servicii de prevenire de la nivelul primăriilor, 13 mai 2007)

Vorbeam mai devreme de alocaţiile complementare. Sincer, uite cum am procedat eu [lucrător social comunitar – *n.n.*]: am făcut anunţuri, am mers în sate de luni până joi. „Se lucrează la dosare şi veniţi cu ce trebuie": adeverinţe de salariat, adeverinţe de elev, cupon de pensie, unde nu aveau serviciu îi puneam să dea declaraţie pe propria răspundere în faţa secretarului. Aşa am depistat într-o lună treizeci şi ceva de cazuri de părinţi plecaţi în străinătate. (FG8, specialişti servicii de prevenire de la nivelul primăriilor, 13 mai 2007)

Datele culese în cadrul interviurilor şi al focus-grupurilor surprind unele efecte perverse asupra copilului identificate de către participanţi, generate de plecarea părinţilor la muncă, traumă ce afectează mediul familial şi creşte riscul de intrare în sistemul de protecţie a copilului, favorizând comportamente precum: absenteism şi abandon şcolar, infracţiuni, comportamente delincvenţionale, abuzuri în familie, incesturi etc.

Recent, am lucrat la un caz în care copilul are probleme la şcoală, minte, lipseşte, ia note foarte proaste. Nici noi nu am reuşit să facem mare lucru din cauza situaţiei tensionate de la el din familie. El este momentan la tată, mama este plecată în străinătate, părinţii sunt într-un conflict permanent. Tatăl nu s-a implicat deloc. După ce ne-a adus copilul, a venit două săptămâni, iar după aceea îl căutăm să ne întâlnim cu el, dar evită să se implice. (FG10, specialişti servicii de prevenire DGASPC şi ONG, 15 iunie 2007)

Sunt probleme cu cei ai căror părinţi au plecat la muncă în străinătate şi, mai grav, dacă e plecată mama. În linii generale, ne confruntăm cu abandon şcolar, infracţiuni, comportamente deviante, copii abuzaţi, incesturi când mama este plecată în străinătate... Chiar avem acum un caz, tatăl întreţinea relaţii de câţiva ani cu fata, n-am o situaţie ca procent pe cazuri, dar cam astea sunt problemele. (I11, director executiv adjunct DGASPC, 15 iunie 2007)

Băiatul nostru are 13 ani... mi-a făcut o prostie, a furat de la un vecin nişte bani. Am soţia plecată de un an în Italia la muncă şi mă ocup foarte greu de el. Anul trecut a rămas repetent şi am făcut solicitare ca să fie ajutat, să se ocupe cineva la lecţii la centrul de zi... La început, până s-a acomodat, a fost mai greu. Acum îi place şi vine cu dragă inimă... Şi la şcoală diriginta mi-a spus că s-a schimbat. Faţă de cum era înainte, s-a schimbat: era obraznic, nu prea asculta. Acum a început să se cumînţească, se

cunoaşte schimbarea asta de când e la centru. Pleacă dimineaţa, vine la centru, apoi se duce la şcoală şi vine seara. N-are timp să se ocupe de prostii. Eu mă duc la muncă cu ziua şi nu am timp să mă ocup mereu de el... E mare, dar o luase pe picior greşit şi făcea numai prostii. A intrat în casă la un vecin şi-a furat 8 milioane, s-a dus cu alţi doi băieţi şi în două zile i-a terminat... Poliţia l-a dat aici, eu i-am achitat banii la vecinul respectiv, în rate, că n-am putut să-i dau toţi odată... îmi trimitea nevasta mea şi-i dădeam lui. (I13, tată biologic, 16 iunie 2007)

În momentul în care pleacă în străinătate, copiii sunt neglijaţi. Că mai vine un vecin din când în când, că mai vine o rudă, asta e altceva, dar copiii sunt neglijaţi. Ideea este ca astfel de cazuri să poată fi sancţionate prin lege. Atunci când sunt lăsaţi acasă un copil, doi, chiar şi în supravegherea unui copil, teoretic lăsat în grija unui vecin, ar trebui luate măsuri. (FG8, specialişti servicii de prevenire de la nivelul primăriilor, 13 mai 2007)

Noi, ca asistenţi sociali, suntem solicitaţi în momentul în care un copil este anchetat pentru infracţiuni... Cel puţin la mine, rata infracţionalităţii este destul de crescută... plecaţi părinţii în străinătate, rămas copilul acasă cu bani foarte mulţi, şi deja devin o tentaţie pentru el anumite lucruri şi ia de la altul, fură... Şi întotdeauna aceşti copii sunt audiaţi în prezenţa asistentului social. În toate referatele pe care le fac ei [poliţiştii – *n.n.*], mereu solicită şi semnătura mea şi mă duc la audieri. (FG9, asistenţi sociali comunitari şi asistenţi medicali comunitari, reprezentanţi ONG, 15 iunie 2007)

Totodată, trebuie menţionat faptul că participanţii la interviuri şi focus-grupuri consideră că plecarea părinţilor la muncă în străinătate nu reprezintă întotdeauna o sursă de probleme.

Noi avem în comună zece copii ai căror părinţi sunt plecaţi în străinătate şi situaţia lor este bună. Copiii sunt lăsaţi la bunicii materni sau paterni, părinţii trimit bani, bunicii primesc alocaţia de stat şi se descurcă. În general, s-au şi întors pentru perioade scurte, şi iar au plecat... nu avem probleme deosebite cu ei. (FG11, asistenţi sociali comunitari şi asistenţi medicali comunitari, 24 iunie 2007)

Capitolul 11

Resursele umane implicate în serviciile de prevenire a separării copilului de familia sa

Asistenţa socială comunitară

La nivel naţional se observă că, din totalul comunelor, la nivelul ocupării poziţiilor de referenţi sociali, ponderea cea mai mare o deţin cele cu un singur angajat ca referent social în cadrul primăriilor. Pentru 571 de comune nu există date cu privire la situaţia angajaţilor în serviciile sociale ale comunităţilor rurale.

Tabelul 89. *Situaţia comunelor în funcţie de numărul de angajaţi în serviciile sociale ale primăriei, la 1 mai 2007*

Comune	Număr
Comune fără niciun angajat	141
Comune cu un angajat	1.879
Comune cu 2 angajaţi	247
Comune cu 3 angajaţi	34
Comune cu 4 angajaţi	6
Comune cu 5 sau mai mulţi angajaţi	3
Non-răspuns	571
Total	**2.881**

Se poate observa că există deja comune cu doi angajaţi (8,57%), cu trei angajaţi (1,18%), cu patru (0,21%) şi chiar cu cinci sau mai mulţi lucrători sociali (0,10%).

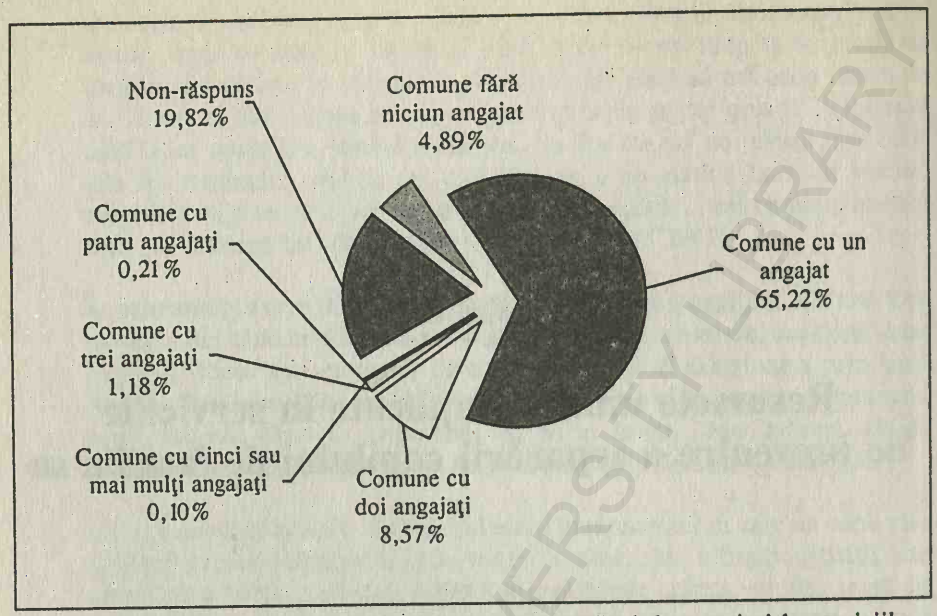


Figura 34. *Repartiţia comunelor în funcţie de numărul de angajaţi în serviciile sociale ale primăriei, la 1 mai 2007*

În total, în cadrul celor 2.310 comune pentru care există date lucrează 2.514 angajaţi, implicaţi în servicii de prevenire a separării copilului de familia sa, cei mai mulţi dintre ei neavând studii superioare de specialitate (72,83%). Lipsa personalului calificat face ca asistenţa socială din mediul rural, în cele mai multe situaţii, să se rezume la identificarea cazurilor, mai ales a celor de criză, şi la sesizarea DGASPC pentru luarea unei hotărâri în ceea ce priveşte asigurarea formei de protecţie. Acest lucru generează, de fapt, presiunea exercitată asupra sistemului de protecţie specială şi menţinerea unui număr ridicat de plasamente într-o formă de protecţie.

Se observă faptul că în mediul rural au început să lucreze absolvenţi de studii superioare cu licenţă în asistenţă socială (9,07%) şi chiar cu studii postuniversitare în domeniul asistenţei sociale (0,16%). Pe de altă parte, exigenţele impuse de acreditarea serviciilor sociale oferite în cadrul comunităţilor stimulează înscrierea angajaţilor la facultăţi de asistenţă socială, îndeosebi la studii la distanţă (4,30%).

Totodată, se constată faptul că, în anumite zone unde au funcţionat şcoli postliceale în domeniul asistenţei sociale (de exemplu, Suceava), referenţii sociali au urmat aceste cursuri. La nivel naţional, 4,38% dintre angajaţii din mediul rural au absolvit studii postliceale de specialitate. La nivelul primăriilor lucrează în servicii sociale şi persoane care au studii de licenţă în alte domenii decât asistenţa socială (9,07%), iar 0,20% dintre angajaţi au urmat studii postuniversitare în asistenţă socială, fiind absolvenţi de altă specialitate.

Tabelul 90. *Nivelul de studii al personalului din mediul rural care lucrează ca asistent/referent social, la 1 mai 2007*

Nivelul de studii	Număr
Studii de licenţă în asistenţă socială	228
Studii de licenţă în asistenţă socială şi studii postuniversitare în asistenţă socială	4
Studii postliceale în asistenţă socială	110
Studii superioare de altă specialitate, fără studii postuniversitare/masterat în asistenţă socială	228
Studii superioare de altă specialitate, dar cu studii postuniversitare/masterat în asistenţă socială	5
Fără studii superioare	1.831
Fără studii superioare, dar înscrişi la o facultate de asistenţă socială	108
Total	**2.514**

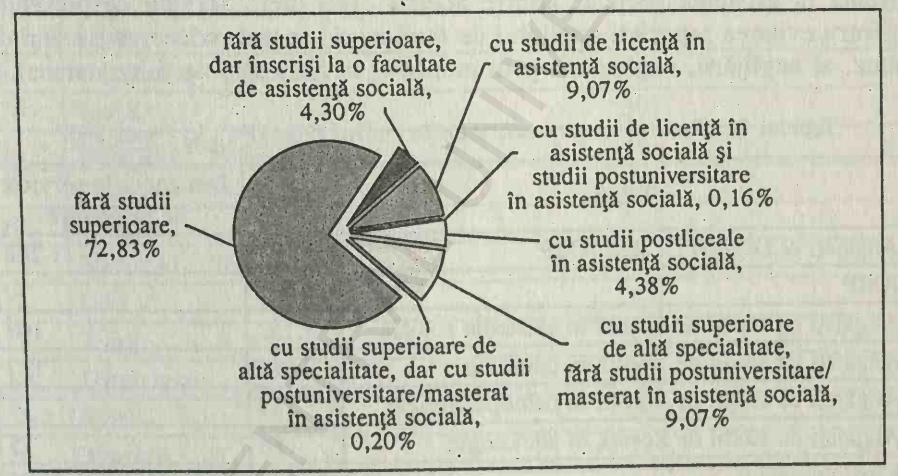


Figura 35. *Structura personalului din mediul rural care lucrează ca asistent social/ referent social, în funcţie de studii, la 1 mai 2007*

În concluzie, resursele din mediul rural sunt, de cele mai multe ori, prea puţin pregătite pentru a oferi servicii de calitate, inclusiv servicii de prevenire. De aceea, este necesară elaborarea unei strategii de încurajare a evoluţiei profesionale a persoanelor angajate pentru a dezvolta şi, acolo unde există, pentru a îmbunătăţi serviciile sociale la nivel comunitar.

> În alte localităţi, asistenţii sociali comunitari sunt pe relaţii: că-i fata primarului, că-i nu ştiu ce, dar asta scade foarte mult prestigiul. Ideea e: dacă pregăteşti un om, îl pregăteşti pentru interesul comunităţii, nu aşa...

În asistenţa socială, legile sunt foarte complexe, aţi văzut, şi pregătirea trebuie făcută poate an de an, dar asta presupune şi suportul material din partea primăriei. (FG8, specialişti servicii de prevenire de la nivelul primăriilor, 13 mai 2007)

La sfârşitul anului 2006, mai aveam 73 din 100 de asistenţi medicali comunitari. Pleacă în străinătate. Au plecat 5 sau 6 din 11 mediatori sanitari. Vă daţi seama că este o lipsă de cadre în ultimul timp... şi salariile mici. (I10, director adjunct Autoritatea de Sănătate Publică, 13 mai 2007)

Resursele umane în cadrul DGASPC

DGASPC reprezintă principalii furnizori de servicii sociale în domeniul protecţiei copilului şi, de aceea, sunt şi principalii angajatori în domeniu. Observăm că, la nivel naţional, din totalul angajaţilor, 1.152 de asistenţi sociali au studii de licenţă în asistenţă socială. Dintre aceştia, 163 oferă servicii de prevenire (pentru evitarea separării copilului de familia sa, pentru reducerea riscului de abuz, al neglijării, exploatării prin muncă şi al traficului de fiinţe umane).

Tabelul 91. *Resurse umane existente în cadrul DGASPC, la 1 mai 2007*

Tipul	Total	Din care, în servicii de prevenire
Angajaţi ai DGASPC, fără AMP	31.015	1.288
AMP	14.863	0
Angajaţi cu studii de licenţă în asistenţă socială	1.152	163
Angajaţi cu studii de licenţă în psihologie	885	127
Angajaţi cu studii de licenţă în psihopedagogie	233	14
Angajaţi cu studii de licenţă în sociologie	156	15
Kinetoterapeuţi	177	17
Logopezi	73	7
Ergoterapeuţi	61	0
Medici	382	24
Angajaţi cu studii superioare care au urmat sau sunt înscrişi la programe de master în asistenţă socială	287	27
Angajaţi cu studii superioare care au urmat sau sunt înscrişi la programe de master în psihologie	196	26
Angajaţi cu studii superioare care au urmat sau sunt înscrişi la programe de master în administraţie publică	324	10

Din personalul de specialitate angajat al DGASPC, observăm că asistenţii sociali sunt pe primul loc (1.152), urmaţi de psihologi (885) şi medici (382). Alături de aceste categorii, DGASPC mai au angajaţi psihopedagogi (233), kinetoterapeuţi (177), sociologi (156), logopezi (73) şi ergoterapeuţi (61). Totodată, tabelul ne arată şi faptul că în DGASPC există mai mulţi angajaţi care urmează programe de master în administraţie publică decât în asistenţă socială.

Tabelul 92. *Asistenţi sociali cu diplomă de specialitate angajaţi ai DGASPC, la 1 mai 2007*

Rang	DGASPC	Numărul de asistenţi sociali cu diplomă de licenţă	Din care, în serviciul de prevenire
1	Iaşi	67	12
2	Alba	64	12
3	Bihor	62	4
4	Cluj	61	10
5	Argeş	50	27
6	Maramureş	50	0
7	Vaslui	50	7
8	Bucureşti – Sectorul 1	48	8
9	Bucureşti – Sectorul 2	42	3
10	Arad	39	0
11	Bucureşti – Sectorul 3	37	4
12	Dolj	37	0
13	Timiş	34	6
14	Dâmboviţa	29	4
15	Sibiu	29	2
16	Vrancea	29	0
17	Bacău	27	5
18	Neamţ	26	0
19	Caraş-Severin	25	0
20	Bucureşti – Sectorul 5	24	4
21	Bucureşti – Sectorul 6	24	10
22	Buzău	24	0
23	Prahova	21	0
24	Bistriţa-Năsăud	20	3
25	Harghita	20	5
26	Covasna	19	3
27	Sălaj	19	0

28	Bucureşti – Sectorul 4	18	1
29	Braşov	15	0
30	Suceava	15	2
31	Mureş	14	1
32	Botoşani	13	13
33	Olt	13	2
34	Vâlcea	12	0
35	Brăila	11	2
36	Hunedoara	10	2
37	Satu Mare	10	4
38	Călăraşi	7	2
39	Galaţi	7	0
40	Gorj	6	2
41	Mehedinţi	6	1
42	Tulcea	6	1
43	Constanţa	4	0
44	Ilfov	4	0
45	Ialomiţa	3	0
46	Giurgiu	1	1
47	Teleorman	0	0
	Total	**1.152**	**163**

Resursele umane specializate în asistenţă socială variază de la o DGASPC la alta, în funcţie de atractivitatea pentru absolvenţi, de proximitatea facultăţilor de asistenţă socială şi de politica de personal care încurajează angajarea absolvenţilor de asistenţă socială. Observăm astfel că DGASPC cu cei mai mulţi angajaţi care au studii de specialitate în asistenţă socială sunt cele din Iaşi, Alba, Bihor şi Cluj (unde există facultăţi ce pregătesc profesionişti în domeniu), urmate de DGASPC aflate în proximitatea unor centre universitare şi care atrag absolvenţi în structurile proprii (Argeş, Maramureş şi Vaslui). Există şi DGASPC care nu au dezvoltat o politică de atragere a absolvenţilor de asistenţă socială şi pentru care se menţine acest paradox: principala instituţie furnizoare de servicii de asistenţă socială nu are angajaţi asistenţi sociali, deşi peste 1.500 de absolvenţi finalizează anual cursurile de specialitate. Mai mult decât atât, dacă se realizează o analiză a resurselor umane existente în unele DGASPC, a nivelului de studii şi a calificării acestora, este posibil nici să nu ne dăm seama că este vorba despre un furnizor de servicii sociale.

Din tabel putem observa că se menţine o constanţă în ceea ce priveşte încurajarea angajaţilor de a urma programe de master în asistenţă socială,

Tabelul 93. *Numărul angajaţilor DGASPC cu studii superioare care au urmat sau sunt înscrişi în programe de master în asistenţă socială, la 1 mai 2007*

Rang	DGASPC	Angajaţi cu studii superioare care au urmat sau sunt înscrişi la programe de master în asistenţă socială	Din care, în servicii de prevenire
1	Bucureşti – Sectorul 1	24	1
2	Iaşi	24	5
3	Bacău	21	0
4	Bucureşti – Sectorul 3	20	1
5	Maramureş	18	0
6	Cluj	17	1
7	Vaslui	16	1
8	Arad	12	0
9	Suceava	12	0
10	Argeş	11	4
11	Braşov	10	0
12	Satu Mare	10	4
13	Bihor	7	0
14	Covasna	7	1
15	Hunedoara	7	3
16	Sibiu	7	0
17	Alba	6	0
18	Botoşani	6	2
19	Bucureşti – Sectorul 4	5	2
20	Buzău	5	0
21	Dolj	5	0
22	Bucureşti – Sectorul 5	4	0
23	Bistriţa-Năsăud	4	0
24	Olt	4	0
25	Vâlcea	4	0
26	Vrancea	4	0
27	Ialomiţa	3	0
28	Neamţ	3	0
29	Timiş	3	1
30	Ilfov	2	0
31	Sălaj	2	0
32	Bucureşti – Sectorul 2	1	0

33	Dâmbovița	1	0
34	Giurgiu	1	1
35	Prahova	1	0
36	București – Sectorul 6	0	0
37	Brăila	0	0
38	Caraș-Severin	0	0
39	Călărași	0	0
40	Constanța	0	0
41	Galați	0	0
42	Gorj	0	0
43	Harghita	0	0
44	Mehedinți	0	0
45	Mureș	0	0
46	Tulcea	0	0
47	Teleorman	0	0
	Total	**287**	**27**

mare parte dintre DGASPC aflate pe lista primelor 10 în ceea ce privește numărul de angajați cu studii de asistență socială regăsindu-se și în lista primelor județe cu angajați care au urmat sau urmează programe de masterat în domeniul asistenței sociale.

Alte probleme cu care se confruntă sistemul public de asistență socială sunt cele legate de fluctuația personalului de specialitate, slaba motivare de a rămâne în funcție în condițiile unor salarii foarte mici, lipsa de uniformizare a sistemului de salarizare, utilizarea DGASPC ca o „trambulină" în cariera profesională etc.

> Apropo de asta, avem o criză acută de specialiști. Chiar azi discutam cu doamna de la Resurse Umane că trebuie să punem niște anunțuri pentru kinetoterapeuți. Nefiind salariul motivant, sunt primii care pleacă. La fel cu asistentele medicale. Am avut patru asistente medicale. Una a plecat la o organizație, două au intrat în concediu pentru creșterea copilului, iar una dintre colegele noastre azi este la concurs, [vrea] să plece în sistemul de sănătate, unde au salarii duble. Iar pentru un centru de zi care oferă servicii de recuperare și abilitare pentru acest grup de copii, fără specialiști este foarte greu. Kinetoterapeuții au venit, au făcut 6 luni ca debutanți și au plecat. (FG10, specialiști servicii de prevenire DGASPC și ONG, 15 iunie 2007)

> Noi nu militățm pentru salarii mari, vrem o uniformizare a salariilor cu cele din sistemul bugetar, Ministerul de Interne, Ministerul de Justiție, Ministerul Sănătății etc. La acest capitol sunt diferențe foarte mari. De exemplu, un

asistent social în maternitate, încadrat după grila Ministerului Sănătăţii, şi care este asistent social principal, are aproape 12 milioane... La noi, un psiholog sau un asistent social care lucrează într-un centru de zi are 6 milioane. (FG10, specialişti servicii de prevenire DGASPC şi ONG, 15 iunie 2007)

Resursele umane la nivelul mediului urban

Cât despre serviciile sociale oferite în mediul urban, se observă că nu există diferenţe majore faţă de mediul rural în ceea ce priveşte ocuparea posturilor cu personal de specialitate sau încurajarea personalului în dezvoltarea profesională. Se poate constata că cei mai mulţi angajaţi nu au studii superioare sau, chiar dacă au, nu au urmat şi nici nu sunt înscrişi la studii postuniversitare de asistenţă socială. Mai mult decât atât, observăm că în celelalte municipii şi oraşe din judeţ există ceva mai mulţi angajaţi (1.368) faţă de primăriile reşedinţelor de judeţ (1.159), chiar dacă aceste localităţi urbane sunt de aproximativ şase ori mai numeroase.

Tabelul 94. *Nivelul de pregătire a personalului din serviciile sociale ale primăriilor din mediul urban, la 1 mai 2007*

Nivelul de studii al personalului din serviciile sociale ale primăriilor din mediul urban	Reşedinţă de judeţ	Celelalte municipii/oraşe din judeţ	Total
Studii de licenţă în asistenţă socială	320	148	468
Studii de licenţă în asistenţă socială şi studii postuniversitare în asistenţă socială	14	15	29
Studii postliceale în asistenţă socială	98	111	209
Studii superioare de altă specialitate, fără studii postuniversitare/masterat în asistenţă socială	135	201	336
Studii superioare de altă specialitate, dar cu studii postuniversitare/masterat în asistenţă socială	6	17	23
Fără studii superioare	582	821	1.403
Fără studii superioare, dar înscrişi la facultatea de asistenţă socială	4	55	59
Total	**1.159**	**1.368**	**2.527**

În reşedinţele de judeţ, 50,2% dintre angajaţi nu au studii superioare şi doar 27,6% au finalizat studiile de licenţă în asistenţă socială. O categorie importantă este reprezentată de cei care au studii superioare în alte domenii, dar care nu au urmat şi nici nu sunt înscrişi la cursuri postuniversitare în

domeniul asistenței sociale (11,6%). Remarcăm interesul pentru dezvoltarea profesională a 0,3% dintre angajați care sunt înscrișI la o facultate de asistență socială și a 0,5% care au urmat sau frecventează cursurile unor programe de masterat în asistență socială, fiind absolvenți de alte specializări.

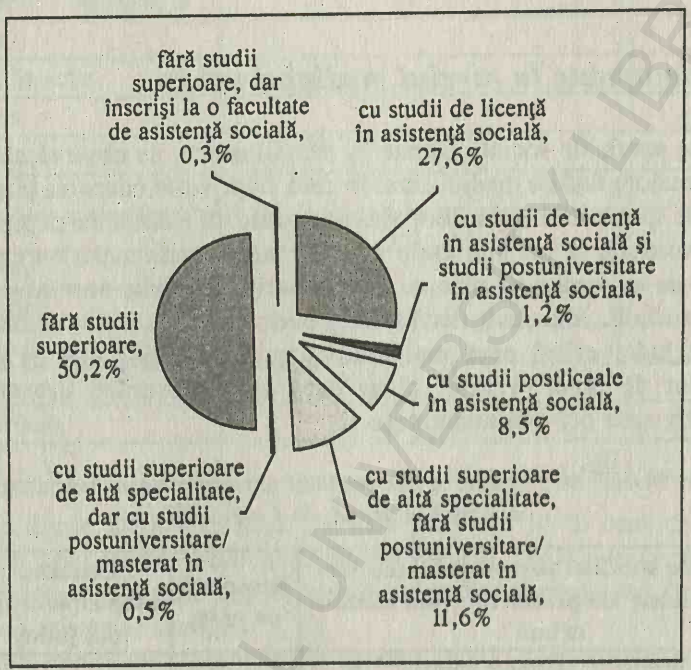


Figura 36. *Structura personalului din serviciile sociale ale primăriilor reședință de județ, în funcție de nivelul de educație, la 1 mai 2007*

Se observă că 8,5% dintre angajații în serviciile sociale oferite de către primăriile reședințelor de județ au absolvit studii postliceale în asistență socială, această pondere menținându-se și în cazul angajaților din celelalte municipii și orașe din județ (8,1%).

La nivelul serviciilor din localitățile urbane, cu excepția reședințelor de județ, se observă că majoritatea persoanelor angajate în serviciile de asistență socială nu au studii superioare (60,0%). Ponderea angajaților cu studii superioare în asistență socială este de 10,8%. Remarcăm faptul că interesul angajaților de a urma cursurile facultăților de asistență socială este mai ridicat decât în reședințele de județ (4,0%, în comparație cu 0,3%), inclusiv în ceea ce privește frecventarea unor programe de master în asistență socială a celor care au studii de altă specialitate (1,2%, comparativ cu 0,5%).

Tabelul următor prezintă datele de la nivelul sectoarelor municipiului București, cu excepția Sectorului 4, care nu a furnizat aceste informații. Se observă că numărul de persoane angajate în serviciile de asistență socială, raportate la

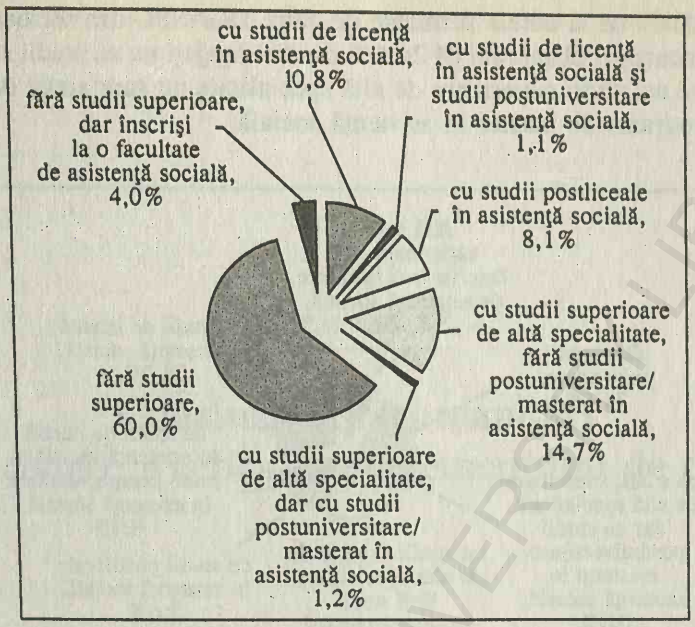


Figura 37. *Structura personalului din serviciile sociale ale primăriilor municipiilor/oraşelor din judeţ, în funcţie de nivelul de educaţie, la 1 mai 2007*

populaţia municipiului Bucureşti, este foarte mic. Chiar se poate constata că, din acest punct de vedere, Bucureştiul este mai prost situat şi decât mediul rural din România.

Tabelul 95. *Nivelul de studii al personalului din serviciile de prevenire ale primăriilor sectoarelor municipiului Bucureşti, la 1 mai 2007*

Nivelul de studii al personalului din sectoarele municipiului Bucureşti	Număr de persoane
Studii de licenţă în asistenţă socială	33
Studii de licenţă în asistenţă socială şi studii postuniversitare în asistenţă socială	10
Studii postliceale în asistenţă socială	3
Studii superioare de altă specialitate, fără studii postuniversitare/masterat în asistenţă socială	31
Studii superioare de altă specialitate, dar cu studii postuniversitare/masterat în asistenţă socială	0
Fără studii superioare	28
Fără studii superioare, dar înscrişi la o facultate de asistenţă socială	9
Total	**114**

Raportându-ne la datele furnizate de către DGASPC din sectoarele municipiului Bucureşti, observăm că 24,6% dintre angajaţi nu au studii superioare, iar cei care au studii superioare de altă specialitate nu sunt atraşi de ideea de a urma programe de master în asistenţă socială.

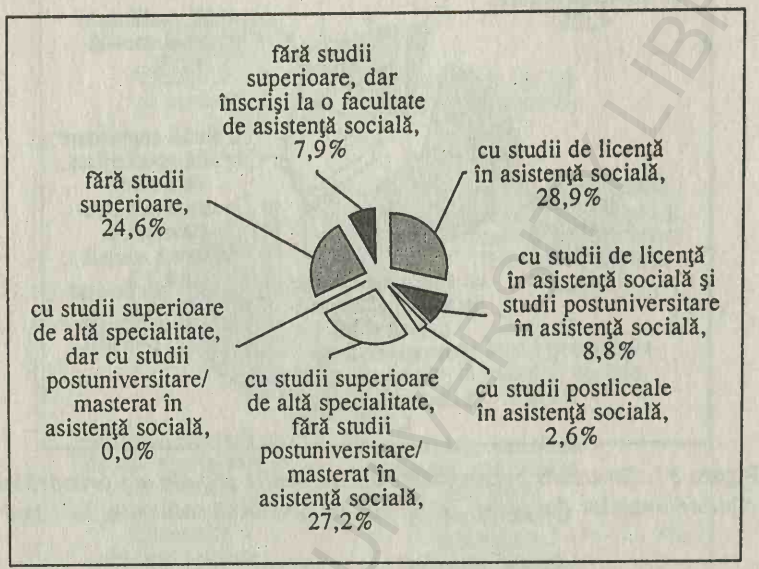


Figura 38. *Structura personalului din serviciile de prevenire ale primăriilor sectoarelor municipiului Bucureşti, în funcţie de nivelul de educaţie, la 1 mai 2007*

Din totalul angajaţilor, 28,9% au studii de licenţă în asistenţă socială, iar 8,8% au urmat şi un program de masterat în domeniu. Există şi o proporţie semnificativă de persoane care sunt absolvente de studii superioare de altă specialitate, care au finalizat sau sunt în curs de finalizare a diverselor programe de masterat în asistenţă socială.

Capitolul 12

Concluzii şi recomandări privind practica managementului de caz

Concluzii privind practica managementului de caz în protecţia copilului

- *Scăderea numărului de copii din centrele de plasament*

Din analiza datelor statistice furnizate de către conducerile DGASPC din ţară, observăm că, în anul 2005, numărul total al copiilor din instituţii a scăzut cu aproximativ 19,58% faţă de 1 ianuarie 2005 (15.769 de copii în centre de plasament la 31 decembrie 2005), iar majoritatea judeţelor au înregistrat scăderi ale numărului de copii aflaţi în această formă de protecţie. Evidenţiem faptul că, încă din ianuarie 2005, există trei DGASPC care nu mai au acest sistem de protecţie de tip rezidenţial la nivel judeţean: Bistriţa-Năsăud, Călăraşi şi Teleorman. La polul opus, există două DGASPC care, în timpul anului 2005, au înregistrat o creştere a numărului de copii din instituţii: DGASPC Bucureşti – Sectorul 5 (4,9%) şi Vâlcea (1,8%).

- *Creşterea numărului de copii din unităţile de tip familial*

Dacă sistemul de protecţie de tip rezidenţial în instituţii a înregistrat o scădere a numărului de copii (cu 3.830 de copii mai puţin la 31 decembrie 2005 faţă de 1 ianuarie 2005), cel de protecţie rezidenţială de tip familial a înregistrat o creştere cu 15,3% pentru aceeaşi perioadă (935 de copii). Astfel, la sfârşitul anului 2005, în acest sistem de protecţie se aflau 7.029 de copii. Unele DGASPC abia începeau să ofere acest tip de serviciu social, cum este cazul DGASPC Bucureşti – Sectorul 4, iar altele au dezvoltat sistemul existent.

- *Inerția sistemului de protecție a copilului*

Sistemul de protecție a copilului tinde să păstreze constant numărul copiilor aflați într-una din formele de protecție, dar este puțin eficient în ceea ce privește urmărirea finalităților PIP (reintegrarea familială, adopția și integrarea socioprofesională a tinerilor cu vârste de peste 18 ani), iar aplicarea managementului de caz în forma actuală nu conduce la o intervenție suficient de eficientă în atingerea acestor finalități. De exemplu, în 2005, numărul de copii instituționalizați (centre de plasament, unități de tip familial și asistență maternală) a scăzut cu 907.

- *Creșterea continuă a numărului de copii din asistență maternală*

Semnalăm faptul că, la nivel național, apare o tendință de creștere continuă a sistemului de îngrijire în asistență maternală. Raportându-ne la 1 ianuarie 2005, observăm că, în decursul anului, numărul copiilor aflați în plasament la asistenți maternali a crescut cu 13,07%, iar până în mai 2006, cu 31,93% (față de 1 ianuarie 2005). Aceste date reflectă faptul că nu există eficiență în reintegrarea familială a copiilor și nici în adopția celor pentru care nu este posibilă întoarcerea în familia biologică sau extinsă. Asistența maternală tinde să devină o soluție permanentă pentru copiii separați de părinții lor, din ce în ce mai costisitoare, lucru care alimentează discuții aprinse legate de o dilemă care pune în balans dezvoltarea asistenței maternale și sprijinirea familiilor biologice.

- *Blocarea sistemului de asistență maternală*

Dacă luăm în considerare prevederile legale în privința restricțiilor privind plasarea copiilor de vârstă mică (0-2 ani) în instituții, se constată că aproape 20% dintre minorii aflați în asistență maternală au vârste cuprinse între 0 și 3 ani și, în același timp, se observă o creștere ridicată a numărului de copii cu vârste între 3 și 7 ani plasați în asistență maternală (38,1%, adică 6.793 de copii). Această situație poate fi explicată și prin faptul că rata de reintegrare din asistență maternală este foarte scăzută (5,2% în 2005), iar copiii stau o perioadă lungă de timp în această formă de protecție. În plus, numărul de copii adoptați din sistemul de asistență maternală este foarte redus.

- *Reintegrarea familială a copiilor din sistemul de protecție este preponderent naturală*

Reintegrarea familială a copiilor din sistemul de protecție în anul 2005 a fost în mare măsură naturală, în sensul că 55% dintre cei reintegrați familial au fost tineri de peste 18 ani. Astfel, dintre cei 3.236 de copii reintegrați familial în anul 2005, 1.772 au fost tineri care au împlinit vârsta de 18 ani sau și-au terminat studiile și au părăsit sistemul de protecție a copilului.

- *Reintegrarea din instituții este mai frecventă decât cea din unitățile de tip familial și din asistență maternală*

Rata de reintegrare din instituții a fost mai mare decât cea din asistență maternală în anul 2005. Astfel, reintegrarea din instituții a atins 10,3%, cea din unitățile de tip familial 8,2%, în timp ce rata de reintegrare din asistență maternală a fost de 5,2%.

- *Succesele în procesul de reintegrare familială depind de un continuum de factori care se reflectă în practica organizaţională*

Succesele înregistrate de unele DGASPC în reintegrarea copiilor din sistemul de protecţie sunt determinate de menţinerea legăturilor cu familia biologică, de evaluarea detaliată a situaţiei familiei şi sprijinirea pentru îmbunătăţirea condiţiilor de viaţă ale acesteia, de hotărârea familiei de a reintegra copilul, de profesionalismul personalului care asigură consiliere şi sprijin, de ajutorul financiar acordat familiei, adaptat situaţiilor particulare, de concentrarea prioritară pe tehnici de intervenţie, şi nu pe sprijin financiar, de conectarea familiei la serviciile din comunitate, de implicarea SPAS şi a comisiilor comunitare consultative, de existenţa unor servicii sociale în proximitatea familiei, de oferirea serviciilor de monitorizare postintervenţie, de şederea cât mai scurtă a copilului într-o formă de protecţie, de orientarea intervenţiei asupra punctelor tari ale familiei, de organizarea unor grupuri de suport, de asigurarea cu personal de specialitate şi de pregătirea continuă a acestuia, de numărul de cazuri instrumentate de managerul şi responsabilul de caz, de stimularea financiară a personalului şi de supervizarea acestuia.

- *Adopţiile din sistemul de protecţie a copilului rămân la un nivel foarte scăzut*

Datele puse la dispoziţie de către DGASPC arată că, în anul 2005, din sistemul de asistenţă maternală, centre de plasament şi unităţi de tip familial, au fost plasaţi în familii adoptive un număr de 211 copii, cei mai mulţi provenind din sistemul de asistenţă maternală (91%).

- *În serviciul de adopţie s-a dezvoltat practica plasamentelor simple în familiile adoptive*

Dacă luăm în discuţie numărul de adopţii realizat în 2006 ca atingere a finalităţii pentru copiii adoptabili din asistenţă maternală şi din sistemul rezidenţial, numărul acestora este disproporţionat în comparaţie cu numărul copiilor încredinţaţi în vederea adopţiei. Ceea ce ne indică faptul că aproximativ 60% dintre adopţiile naţionale realizate în cursul anului 2006 reprezintă rezultatul unor plasamente simple în familiile adoptive. Aceşti copii nu provin nici din instituţii, nici din asistenţă maternală. O explicaţie ar fi aceea că s-a dezvoltat o practică prin care se plasează direct copiii la familiile adoptive, fără a mai fi încredinţaţi în vederea adopţiei. Faptul că un copil este plasat în familia adoptivă, dar fără a se afla într-o formă de protecţie (asistenţă maternală sau rezidenţială) conduce la ineficienţa unui management de caz, la lipsa unui PIP care să fie urmărit de serviciul de adopţie şi la descurajarea adopţiei naţionale în condiţiile creşterii numărului de copii în diferite forme de protecţie.

- *Dificultăţile în procesul de adopţie sunt legate de deschiderea procedurii de adopţie*

Dificultăţile identificate în procesul de adopţie sunt următoarele: dificultatea de identificare a părinţilor şi a rudelor copilului, faptul că instanţa a preluat noi atribuţii fără să fie pregătită pentru aceasta, timpul îndelungat necesar

emiterii hotărârilor judecătorești, practica plasamentelor directe la familiile adoptive.

- *Succesele în procesul de adopție sunt un rezultat al articulării serviciilor și urmărirea PIP*

Succesele înregistrate de unele DGASPC în ceea ce privește serviciul de adopție sunt dependente de modul în care sunt articulate serviciile, de înțelegerea rolurilor PIP și de urmărirea finalităților acestora, de specializarea personalului și de modul în care managementul de caz conectează serviciile sociale în interesul copilului.

- *În DGASPC nu există o practică coerentă la nivel organizațional în ceea ce privește integrarea socioprofesională a tinerilor de peste 18 ani*

Practica instituțională referitoare la integrarea socioprofesională a tinerilor care părăsesc sistemul de protecție este relativ ambiguă, deoarece, dincolo de datele statistice furnizate de către DGASPC, care ne arată că există tineri integrați profesional, nu s-au identificat compartimente sau departamente specializate în cadrul structurii DGASPC care să aibă obiective, standarde, metodologii de lucru și personal specializat pentru integrarea socioprofesională a tinerilor. Mai mult decât atât, în multe situații, ieșirea tinerilor din sistem este un rezultat natural, și nu unul direcționat, orientat și organizat în acest sens. Chiar dacă în unele județe s-au realizat proiecte-pilot pentru integrarea socioprofesională a tinerilor de peste 18 ani, ele nu s-au concretizat în formarea unei structuri specializate pentru acest tip de serviciu social, iar majoritatea DGASPC nu au desemnat manageri și nici responsabili de caz pentru îndeplinirea acestei finalități a PIP, respectiv pentru integrarea socioprofesională a beneficiarilor. La nivel național, există 36 de DGASPC care nu au asistenți sociali angajați pentru realizarea integrării socioprofesionale a tinerilor ce părăsesc sistemul de protecție.

- *Succesele înregistrate în integrarea socioprofesională a tinerilor sunt determinate de existența unui serviciu specializat în cadrul DGASPC*

Unul dintre factorii de succes care a contribuit semnificativ la creșterea șanselor tinerilor din sistemul de protecție pentru integrare socială și profesională, acolo unde s-au desfășurat activități specifice în acest sens, a fost faptul că există un serviciu specializat care urmărește această finalitate a PIP și care oferă inclusiv servicii de monitorizare postintegrare pe o perioadă de doi ani.

- *Standardele privind managementul de caz sunt puțin încorporate la nivel organizațional*

Înțelegerea diferită a managementului de caz, confuziile cu privire la practica managementului de caz, atribuțiile managerului și responsabilului cu implementarea PIS conduc la crearea unui context saturat de incertitudine și ambiguități, care generează dificultăți în procesul de încorporare instituțională

a standardelor minime obligatorii privind managementul de caz la nivelul DGASPC, SPAS şi al ONG.

- *Există practici diferite de la o DGASPC la alta în ceea ce priveşte aplicarea managementului de caz*

Modalităţile de aplicare a managementului de caz sunt diferite de la o DGASPC la alta, în funcţie de resursele umane existente, de managementul acestor resurse, de modul în care sunt înţelese standardele. La nivel naţional există neclarităţi în ceea ce priveşte metoda managementului de caz, iar principalele confuzii sunt legate de rolurile şi responsabilităţile managerului şi responsabilului de caz, de importanţa PIP în eficientizarea intervenţiei, de finalităţile PIP.

Recomandări pentru dezvoltarea managementului de caz în protecţia copilului

- *Crearea unui departament de management de caz în structura DGASPC*

Înţelegerea diferită a managementului de caz, confuziile existente şi faptul că DGASPC, SPAS şi ONG nu au încorporat instituţional standardele obligatorii privind managementul de caz impun o reorganizare a resurselor umane, implicit o adaptare a organigramei DGASPC care să includă un *departament al managementului de caz*. Introducerea în structura organizaţională a unui astfel de departament prezintă o serie de avantaje notabile: clarifică rolurile şi responsabilităţile managerilor şi responsabililor de caz; modifică esenţial filosofia sistemului de protecţie a copilului, care va fi condiţionată de orientarea spre finalitatea PIP, şi nu spre conservarea sistemului; prezintă oportunităţi de dezvoltare a resurselor umane şi de motivare a personalului; condiţionează specializarea şi profesionalizarea sistemului de protecţie; diminuează conflictele de interese ale responsabililor de caz care trebuie să lucreze pentru o finalitate PIP, dar în acelaşi timp urmăreşte să prezerve sistemul actual; oferă condiţii pentru facilitarea procesului de contractare a serviciilor; creşte şansele de lucru cu personalul specializat, care să fie atras în domeniu prin contractarea diferitelor servicii sociale; menţine rolul important al DGASPC în managementul tuturor cazurilor de copii aflaţi în sistemul de protecţie, indiferent cine este furnizorul serviciilor adresate copilului şi familiei.

- *Redistribuirea personalului*

În situaţia reorganizării structurii DGASPC prin includerea departamentului de management de caz, se pune problema personalului care ar putea să îndeplinească aceste responsabilităţi. În sistemul de protecţie a copilului există resurse care pot fi redistribuite: de exemplu, aproximativ 35% din personal îndeplineşte condiţiile legate de instruire şi experienţă pentru a fi MC, dar nu

își asumă responsabilitatea pentru aceste atribuții. Pe de altă parte, există compartimente sau servicii în cadrul DGASPC care ar putea fi reorganizate (de exemplu, serviciile de consiliere și sprijin al gravidelor, reorganizarea serviciilor de plasament în familia lărgită prin implicarea asistenților sociali din cadrul primăriilor în reevaluare și monitorizare etc.).

- *Elaborarea unei metodologii clare privind aplicarea managementului de caz*

Pentru înțelegerea unitară și aplicarea conform standardelor a managementului de caz recomandăm elaborarea unei metodologii clare. Acest lucru trebuie să fie acompaniat de pregătirea personalului pentru înțelegerea și aplicarea managementului de caz, iar aceasta ar trebui să fie transmisă și explicată, în primul rând, directorilor DGASPC și apoi organizate cursuri de formare cu personalul din aceste instituții, din cadrul SPAS și din sectorul nonguvernamental.

- *Cunoașterea finalităților PIP și pregătirea personalului*

În ceea ce privește finalitățile PIP, rezultatele obținute cu ajutorul chestionarului online, care a fost completat de 529 de respondenți din cadrul DGASPC (manageri și responsabili de caz), demonstrează că finalitățile PIP nu sunt suficient cunoscute de către personal și nici aplicate (46,3% dintre respondenți nu cunosc cele trei finalități PIP – reintegrare familială, adopție și integrare socioprofesională a tinerilor cu vârste de peste 18 ani), precizând foarte multe finalități care nu sunt în acord cu standardele minime obligatorii. O structură clară de implementare a managementului de caz și de pregătire a personalului este recomandată pentru eliminarea inconsecvențelor întâlnite în definirea managementului de caz și în practicile instituționale specifice diferitelor servicii de protecție a copilului și de prevenire a separării copilului de familia sa, a abuzului, neglijării, exploatării prin muncă și traficului de copii.

- *Urmărirea finalităților PIP*

Reintegrarea familială, adopția și integrarea socioprofesională sunt finalități ale PIP ce trebuie să ghideze întreaga activitate din sistemul de protecție a copilului. Acest fapt poate fi atins dacă structura organizațională este adaptată acestei filosofii, dacă personalul este instruit, monitorizat, evaluat și supervizat din punctul de vedere al rezultatelor obținute în urmărirea finalităților PIP.

- *Schimbarea viziunii în ceea ce privește utilizarea PIP în organizarea intervenției*

În contextul actual, utilizarea PIP se face într-un raport inversat al practicii din domeniul protecției copilului. PIP este văzut ca un formular pe care trebuie să-l completezi după activitățile desfășurate în teren, și nu invers, adică să acționezi conform finalităților și obiectivelor stabilite pentru intervenție.

- *Controlul extinderii rețelei de asistenți maternali*

Creșterea permanentă a numărului copiilor aflați în asistență maternală este văzută și ca o consecință a restricțiilor impuse de legislația actuală privind instituționalizarea copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 și 2 ani, dar și de

nevoia de protecţie pentru această categorie de copii, care impune un control al extinderii reţelei de asistenţă maternală – de altfel, foarte costisitoare. Reintegrarea copiilor în familia biologică este un proces care începe chiar dinainte de a fi separat copilul de părinţii săi, dar amânarea reintegrării şi lipsa serviciilor de la nivelul comunităţii îi diminuează acestuia şansele de a se întoarce în familie.

- *Implicarea autorităţilor locale în realizarea serviciilor de prevenire*

Odată cu modificarea legislaţiei privind acordarea alocaţiei pentru creşterea copilului de la 1 ianuarie 2007, datorită majorării cuantumului la 200 RON pentru copilul de 0-2 ani, vom asista, pe de o parte, la scăderea solicitărilor de plasament al copiilor, în special în sistemul de asistenţă maternală. Pe altă parte există o rată foarte ridicată de reintegrare familială a copiilor cu vârste până în 2 ani. Aceasta reprezintă şi o provocare pentru serviciile de prevenire a abandonului copiilor, care intră în sarcina autorităţilor locale, inclusiv prin sprijinul pe care trebuie să-l acorde pentru trusoul copilului nou-născut, dar şi prin acţiuni locale de monitorizare, intervenţie şi sprijin pentru părinţii cu copii de vârstă mică. Totodată, autorităţile locale, prin responsabilii de caz de la nivelul primăriilor, trebuie să preia cazurile de reintegrare familială a copiilor şi să monitorizeze modul în care aceştia beneficiază de îngrijire, de educaţie şi protecţie în familia de origine.

- *Evaluarea anuală a rezultatelor DGASPC*

Pentru a urmări modul în care se monitorizează şi se ating finalităţile PIP în aplicarea managementului de caz, se impune o evaluare anuală a datelor din toate DGASPC şi analiza detaliată a fiecărei instituţii în parte, însoţită de o evaluare a serviciilor oferite beneficiarilor.

- *Motivarea personalului*

Sistemul de protecţie a copilului se confruntă cu o fluctuaţie de personal generată de nivelul scăzut al salariilor comparativ cu celelalte poziţii similare din sistemul bugetar, iar personalul pregătit în sistemul de protecţie a copilului migrează către alte sectoare, cum ar fi: poliţie, parchet, penitenciar. Pe de altă parte, managerii şi responsabilii de caz din cadrul DGASPC reclamă stilul de management autoritar, axat pe lucrurile negative, care nu constituie o modalitate de motivare a personalului, şi recomandă pregătirea directorilor DGASPC în domeniul motivării şi al tehnicilor de comunicare necesare unui management eficient şi stimulativ. Sugestia noastră este aceea de a se identifica pârghii de motivare (schimbarea stilului managerial, recunoaşterea meritelor şi succeselor, oferirea unor condiţii de dezvoltare profesională, promovare etc.) şi de stimulare (modificarea grilei de salarizare în acord cu cele ale poziţiilor echivalente din alte sectoare bugetare) a personalului.

BCU/ASV/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 13

Concluzii şi recomandări privind dezvoltarea serviciilor de prevenire la nivel local

Concluzii privind serviciile de prevenire a separării copilului de familia sa

- *Numărul ridicat de intrări noi în sistemul de protecţie a copilului*

Numărul copiilor nou intraţi în sistemul de protecţie se menţine la un nivel ridicat (6.070 de copii în 2006), ceea ce reprezintă 14,8% din totalul copiilor cuprinşi în diferite forme de protecţie specială. Acest lucru poate fi un efect al mai multor cauze (sărăcie, consum de alcool, violenţă domestică, lipsa educaţiei etc.). Din punctul de vedere al asumării responsabilităţii, considerăm că presiunea la care este expusă DGASPC pentru luarea unei măsuri de protecţie este un rezultat al slabei dezvoltări a serviciilor de prevenire a separării copilului de familia sa la nivel local. Chiar dacă pachetul legislativ referitor la drepturile şi protecţia copilului a introdus această modificare profundă legată de responsabilitatea comunităţii locale privind serviciile de prevenire, în practică lucrurile de abia se pun în mişcare în acest sens, s-au înfiinţat şi acreditat SPAS, în unele judeţe există personal de specialitate, există o reţea de referenţi sociali comunitari în curs de dezvoltare şi o reţea de asistenţi medicali comunitari – resursă valoroasă în oferirea unor servicii de identificare a situaţiilor cu risc şi de oferire a unor servicii cu efecte asupra prevenirii separării copilului de familia sa.

- *Copiii cu vârste între 0 şi 3 ani sunt cei mai vulnerabili în ceea ce priveşte riscul separării de familie*

Intrările noi în sistemul de protecţie ne arată că cea mai vulnerabilă categorie de vârstă la riscul de separare a copilului de familia sa este cea între

0 şi 3 ani (dintre toate intrările noi în sistemul de protecţie, 30% au fost copii cu vârsta de 0-1 an şi 14,2% copii cu vârsta de 1-3 ani). În anul 2006, zilnic cel puţin 7 copii cu aceste vârste au fost plasaţi într-o formă de protecţie. Observăm că, în continuare, unităţile spitaliceşti (maternităţi şi secţii de pediatrie) reprezintă instituţii în care sunt părăsiţi nou-născuţii şi rămân principala sursă de intrare a copiilor de până la un an în sistemul de protecţie a copilului (62% dintre copii de aceste vârste care au fost plasaţi în sistem provin din maternităţi şi secţii de pediatrie). Pentru categoria de vârstă 1-3 ani, se poate observa că, dintre cei nou intraţi în sistemul de protecţie în 2006, cei mai mulţi provin din familie (57%) şi din secţii de pediatrie (35%), aceste instituţii medicale rămânând în continuare „o poartă" deschisă către sistemul de protecţie a copilului.

- *Abuzul asupra copilului este una dintre cauzele separării copilului de familia sa*

Analizând datele furnizate de către DGASPC, se observă că, din totalul intrărilor noi în sistemul de protecţie a copilului în 2007 (6.070 de copii), 37,9% (2.303 copii) au fost victime ale abuzului, neglijării şi exploatării prin muncă.

- *Numărul copiilor cu dizabilităţi care au fost reintegraţi în familie este mai mare decât numărul celor care au intrat în sistemul de protecţie*

După cum am constatat în anul 2006, au fost reintegraţi mai mulţi copii cu dizabilităţi (663 de copii) decât au intrat în sistem (611 copii). Totodată, s-a constatat că cei mai expuşi copii cu dizabilităţi la riscul de separare de părinţi sunt cei preşcolari şi cei şcolari, mai ales la trecerea de la un ciclu şcolar la altul, îndeosebi cei din mediul rural.

- *Nevoia unor servicii la nivel comunitar pentru sprijinirea reintegrării familiale a copiilor din sistemul de protecţie*

Chiar dacă DGASPC face tot posibilul pentru reintegrarea familială a copiilor din sistemul de protecţie, măsurile trebuie însoţite de eforturile autorităţilor locale de a sprijini, monitoriza şi consilia familia. Remarcăm faptul că, în 2006, la nivel naţional, 134 de copii au revenit în sistemul de protecţie după reintegrarea lor familială. Din totalul copiilor reintraţi în sistemul de protecţie după ce au fost reintegraţi familial, 62,7% provin din mediul rural. Acest lucru poate fi un rezultat al dificultăţilor de monitorizare din partea DGASPC, al lipsei de implicare a autorităţilor locale, al lipsei unor servicii de sprijin la nivel comunitar sau al inexistenţei unor reţele sociale de sprijin pentru părinţi.

- *Înfiinţarea şi administrarea centrelor de zi*

La 1 mai 2007, în România funcţionau 441 de centre de zi destinate prevenirii separării copilului de familia sa, dintre care cele mai multe în mediul urban. În mediul rural, centrele de zi (22% din total) s-au dezvoltat, de cele mai multe ori, la iniţiativa DGASPC, fiind servicii dezvoltate de către DGASPC şi transferate autorităţilor locale. Sectorul nonguvernamental reprezintă

un administrator cu o contribuţie importantă în gestionarea şi organizarea centrelor de zi din România (34% dintre centrele de zi din ţară erau administrate la 1 mai 2007 de către ONG).

- *Lipsa centrelor de consiliere pentru părinţi, în condiţiile unor costuri reduse*

Dincolo de faptul că, pentru organizarea şi funcţionarea unui centru de consiliere şi sprijin pentru părinţi sunt necesare costuri mult mai reduse decât pentru dezvoltarea şi funcţionarea unui centru de zi, observăm că, la nivel naţional, la 1 mai 2007 existau doar 98 de astfel de centre în toată ţara, comparativ cu cele 441 de centre de zi.

- *Dezvoltarea sub forma unor proiecte-pilot a echipelor mobile ce oferă servicii la domiciliu pentru copiii cu dizabilităţi şi familiilor acestora*

Deşi pare a fi unul dintre serviciile cele mai adaptate nevoilor copilului cu dizabilităţi din comunitate, echipa mobilă reprezintă în România o iniţiativă experimentală, chiar dacă rezultatele obţinute deja în unele judeţe constituie factori de motivaţie pentru dezvoltarea modelului la nivel naţional, mai ales dacă se doreşte dezvoltarea unor servicii flexibile, accesibile, adaptate nevoilor şi puţin costisitoare, destinate copiilor cu dizabilităţi şi dezvoltării modelului reabilitării bazate pe comunitate (RBC).

- *Consiliile comunitare consultative există, dar nu funcţionează eficient*

Consiliile comunitare consultative au fost înfiinţate în 55,8% dintre comune, dar în cele mai multe cazuri ele nu funcţionează. Sunt trecute pe hârtie ca fiind existente, dar nu s-au organizat întâlniri pentru dezbaterea unor probleme ale comunităţii. În documentarea noastră chiar am descoperit cazuri în care membrii consiliilor comunitare nu ştiau că fac parte din cadrul acestor structuri comunitare.

- *Înfiinţarea şi acreditarea SPAS este un proces care nu s-a încheiat*

În mediul urban, 55,0% dintre localităţile urbane aveau înfiinţate SPAS la 1 mai 2007. În mediul rural, la aceeaşi dată funcţionau SPAS în 13,8% dintre comune.

- *Asistenţa medicală comunitară - un pas important în integrarea serviciilor la nivel local*

Asistenţa medicală comunitară reprezintă o reţea cu un mare potenţial de a sprijini serviciile de prevenire a separării copilului de familia sa, de prevenire a abuzului, neglijării şi exploatării copilului. La momentul culegerii datelor, la nivel naţional existau 628 de comune (21,8%) care aveau cel puţin un asistent medical comunitar.

- *Redistribuirea resurselor financiare pentru dezvoltarea serviciilor de prevenire*

Eliminarea obligaţiei de plată a unor servicii oferite copiilor care provin din comunitate şi care beneficiază de o formă de protecţie face ca numărul solicitărilor din partea autorităţilor locale să crească, acestea nemaifiind obligate să contribuie cu fonduri pentru asigurarea cheltuielilor necesare protecţiei copilului. Totodată, reducerea numărului de copii din sistemul de

protecţie (prin urmărirea PIP şi prin reducerea intrărilor noi) poate fi însoţită de o direcţionare a fondurilor către serviciile de prevenire a separării copilului de familia sa, a abuzului, neglijării, exploatării prin muncă şi traficului de persoane.

- *Alocaţia pentru copiii cu vârsta până în doi ani*

După cum declară participanţii la interviurile individuale şi focus-grupuri, se pare că există indicii ale faptului că, în urma creşterii cuantumului alocaţiei pentru copiii cu vârste până în doi ani, se va reduce riscul de separare a copilului de familia sa pentru această categorie de vârstă, va scădea numărul de copii abandonaţi în maternităţi şi natalitatea va creşte în rândul familiilor cu probleme sociale.

- *Lipsa metodologiilor de monitorizare şi raportare a copiilor rămaşi singuri acasă după plecarea părinţilor la muncă în străinătate*

În legătură cu situaţia copiilor ai căror părinţi sunt plecaţi la muncă în străinătate, se observă lipsa unei metodologii unitare de monitorizare şi raportare a situaţiei reale de la nivel local, prezentarea, în general, a efectelor negative pe care le are plecarea părinţilor în străinătate şi generalizarea acestor efecte pentru toate categoriile de vârstă. Studiile trebuie să ţină cont de contextul apariţiei unor noi aranjamente familiale, de felul în care se structurează, se organizează şi se construieşte familia de migraţie.

- *Resurse umane insuficient specializate pentru serviciile de prevenire*

Resursele umane implicate în serviciile de prevenire din mediul rural se caracterizează printr-un nivel scăzut de pregătire superioară de specialitate (72,83% dintre angajaţi nu au studii superioare de asistenţă socială). Extinderea reţelei de lucrători sociali reprezintă un pas important în dezvoltarea serviciilor la nivelul comunelor, care trebuie continuat prin profesionalizarea personalului. În acest sens, se observă interesul unei anumite părţi de a se profesionaliza prin înscrierea la o facultate de asistenţă socială (4,30%). În cadrul SPAS de pe lângă primăriile oraşelor sau municipiilor se observă că 49,8% dintre angajaţi au studii de specialitate în asistenţă socială, iar în municipiul Bucureşti doar 28,9%.

- *Planul de servicii – hârţogăraie în plus!*

Deseori, în practica de la nivelul SPAS, PS reprezintă un raport care se întocmeşte în urma condiţionării din partea DGASPC, atunci când se solicită de la nivel local luarea unei măsuri de protecţie. Acesta nu a devenit un instrument de planificare şi orientare a intervenţiei în cazurile de prevenire, fiind considerat o „chestie birocratică", ceea ce demonstrează lipsa unor strategii clare de identificare a cazurilor cu risc de separare şi de lucru pentru prevenirea apariţiei situaţiilor de criză.

Recomandări pentru dezvoltarea serviciilor de prevenire la nivel local

- *Angajarea asistenţilor sociali în maternităţi şi secţii de pediatrie*

Fiindcă pentru anumite categorii de vârstă (0-3 ani) se menţine o rată ridicată a numărului de copii părăsiţi de către părinţi în unităţile spitaliceşti, acestea fiind principala sursă de intrare a copiilor în sistemul de protecţie, este necesară angajarea de asistenţi sociali în aceste instituţii, cu scopul de a oferi servicii destinate reducerii riscului de separare a copiilor de părinţi. Concomitent cu aceste acţiuni, se impune dezvoltarea serviciilor de prevenire de la nivel local (atât prin intermediul asistenţilor sociali comunitari, cât şi al celor medicali), de monitorizare, consiliere şi sprijin al gravidelor, susţinerea de către comunitatea locală a cazurilor sociale şi monitorizarea felului în care sunt îngrijiţi copiii în familie.

- *Dezvoltarea programelor de educaţie parentală ca formă de regularizare a copilăriei şi de dezvoltare a abilităţilor parentale*

Pentru reducerea actelor de abuz, exploatare prin muncă sau neglijare la care sunt supuşi copiii este necesară dezvoltarea unei strategii naţionale de încurajare şi dezvoltare a programelor de educaţie parentală. S-a remarcat faptul că 37,9% dintre copiii nou intraţi în sistem (în 2006) au fost victime ale abuzului, neglijării sau exploatării prin muncă. Incidenţa ridicată a acestor comportamente parentale denotă faptul că, în diferite medii sociale, încă nu au fost promovate cultura şi ideologia drepturilor copilului, părinţii rămânând tributari unor valori şi norme depăşite. De aceea, reducerea riscului de apariţie a unor comportamente dăunătoare dezvoltării copilului presupune învăţarea unor noi comportamente, însuşirea unor noi valori şi norme, experimentarea şi dezvoltarea abilităţilor parentale prin intermediul unor programe de pregătire a părinţilor şi intensificarea interacţiunilor dintre persoanele care oferă servicii de prevenire şi familiile din comunitate. De aceea, unul dintre programele naţionale destinate prevenirii ar trebui să vizeze tocmai pregătirea unei reţele de educatori parentali care să ofere servicii de educaţie pentru părinţi.

- *Dezvoltarea centrelor de consiliere şi sprijin pentru părinţi*

Văzută ca o formă de intervenţie necesară şi obligatorie în activitatea de asistenţă socială, consilierea individuală şi de grup, aşa cum este înţeleasă şi aplicată în mediul rural, pare mai mult un concept la modă decât o practică coerentă, profesionistă şi cu rezultate vizibile asupra beneficiarilor. Lipsa spaţiilor de consiliere şi a personalului pregătit pentru astfel de intervenţii face ca această tehnică să se rezume la o discuţie cu beneficiarul. De aceea, pentru atingerea unor obiective realiste în ceea ce priveşte prevenirea separării copilului de familia sa este necesară dezvoltarea unei strategii de asigurare la nivel local a unor spaţii special destinate consilierii şi pregătirii personalului pentru acest tip de intervenţie, pe lângă un sistem judeţean de supervizare a activităţii.

- *Costurile ridicate ale centrelor de zi şi incapacitatea autorităţilor locale de a gestiona astfel de servicii*

Fiind foarte costisitoare, centrele de zi par a fi servicii de care comunitatea are nevoie, dar pentru care nu-şi poate asuma responsabilitatea alocării resurselor necesare funcţionării conform standardelor minime obligatorii. Pe parcursul documentării noastre, am obţinut şi alte informaţii care pot fi utile în analiza atitudinii de reticenţă din partea unor autorităţi locale faţă de crearea centrelor de zi. Astfel, se constată că acest tip de serviciu social este foarte costisitor pentru comunitate, bugetul alocat anual pentru un centru fiind de 175.000 RON, în situaţia în care are doar 20 de beneficiari, ceea ce înseamnă o cheltuială lunară de peste 700 RON pentru un copil care frecventează centrul de zi, fără a mai lua în calcul sumele necesare pentru construcţia sau reabilitarea clădirii destinate centrului de zi. Ţinând cont de aceste argumente, putem să imaginăm şi alte tipuri de servicii mai puţin costisitoare, dar care pot avea un impact major asupra familiilor din comunitate: centre comunitare de resurse pentru părinţi şi familie (ca spaţii de întâlnire, sprijin, activităţi de grup, socializare etc.), organizarea unor centre de consiliere şi sprijin pentru părinţi (mai puţin dezvoltate chiar în comparaţie cu centrele de zi), dezvoltarea unei strategii locale de organizare a unor cursuri de educaţie parentală etc.

- *Potenţialul organizaţiilor nonguvernamentale în dezvoltarea serviciilor de prevenire*

Ţinând cont de contribuţia ONG la dezvoltarea şi asigurarea unor servicii de prevenire, cum ar fi centrele de zi şi centrele de consiliere şi sprijin pentru părinţi, putem să remarcăm potenţiala lor capacitate de a administra serviciile de prevenire şi de a sprijini comunităţile locale în dezvoltarea unor astfel de servicii, oportunitatea acestor organizaţii de a se implica în serviciile de prevenire şi din mediul rural.

- *Centre de zi sau centre de consiliere şi sprijin pentru părinţi ?*

În condiţiile în care serviciile oferite în centrele de zi sunt relativ costisitoare pentru o comunitate rurală şi ţinând cont de numărul redus de copii care pot beneficia de aceste servicii, centrele de consiliere şi sprijin pentru părinţi reprezintă o alternativă viabilă, realizabilă şi sustenabilă pe termen lung, deoarece costurile sunt incomparabil mai mici decât cele aferente unui centru de zi. Din acest punct de vedere, se poate spune că înfiinţarea şi dezvoltarea unor centre comunitare de consiliere şi sprijin pentru părinţi, alături de pregătirea personalului în ceea ce priveşte utilizarea consilierii şi tehnicii grupurilor de suport ca forme de intervenţie, şi pregătirea unor persoane din comunitate în domeniul educaţiei parentale reprezintă una dintre cele mai viabile alternative la centrele de zi din comunitate destinate prevenirii separării copilului de familia sa.

- *Dezvoltarea echipelor mobile pentru servicii la domiciliu oferite copiilor cu dizabilităţi şi familiilor acestora*

Pentru creşterea accesibilităţii la servicii a copiilor cu dizabilităţi, se constată că dezvoltarea modelului echipei mobile care oferă servicii la domiciliu

poate constitui o strategie adecvată pentru România. În unele judeţe există expertiză care ar putea să fie diseminată, echipa mobilă reprezentând o formă de deplasare a serviciilor către potenţialii beneficiari şi de adaptare permanentă la nevoile acestora, cu costuri mai reduse decât asigurarea acestor servicii în spaţii specializate.

- *Pregătirea şi dezvoltarea consiliilor comunitare consultative*

Pentru dezvoltarea şi asigurarea funcţionalităţii consiliilor comunitare consultative sunt utile implicarea directă a DGASPC şi a ONG în organizarea unor întâlniri, materialele de informare, monitorizarea şi sprijinul pentru realizarea întâlnirilor periodice a consiliilor comunitare consultative. Chiar dacă la nivel local s-au organizat consilii comunitare consultative, în multe comune acestea nu funcţionează, deseori membrii lor nici nu au dezvoltat sentimentul de apartenenţă la acest grup de iniţiativă, iar activitatea se realizează izolat, şi nu ca structură comunitară. Pentru stimularea şi dezvoltarea activităţii consiliilor se recomandă dezvoltarea unui sistem de recrutare şi atragere de noi membri, elaborarea unui manual cu instrumente de lucru necesare şi a unui sistem de monitorizare, supervizare şi evaluare a efectelor pe care le au aceste structuri în cadrul comunităţii.

- *Serviciile de prevenire adaptate nevoilor locale*

La nivel local, s-au identificat următoarele nevoi destinate dezvoltării unor programe de prevenire a separării copilului de familia sa: evaluarea detaliată a nevoilor fiecărei comunităţi în parte şi dimensionarea serviciilor în funcţie de nevoile identificate; nevoia alocării unor resurse financiare special destinate sprijinului familiilor care trec printr-o perioadă de criză; nevoia asigurării cu personal în funcţie de numărul locuitorilor din comună şi sprijinirea acestora pentru urmarea unor studii de specialitate; asigurarea unor spaţii pentru realizarea consilierii clienţilor; dezvoltarea unor centre de resurse, consiliere şi sprijin pentru părinţi; desfăşurarea unor programe de educaţie parentală; motivarea şi păstrarea personalului de specialitate în sistemul de asistenţă socială prin mărirea salariilor şi alinierea acestora la nivelul celorlalte din sistemul bugetar.

- *Dezvoltarea asistenţei medicale comunitare*

Pentru dezvoltarea reţelei de asistenţi medicali comunitari sunt utile informarea comunităţilor cu privire la acest program naţional al Ministerului Sănătăţii şi încurajarea dezvoltării serviciilor medicale, sociale şi educaţionale locale, promovând o viziune de integrare a acestor servicii la nivel comunitar, susţinută şi de transferul asistenţilor medicali comunitari dinspre autorităţile de sănătate publică spre primării.

- *Alocarea de resurse pentru dezvoltarea serviciilor de prevenire la nivel local*

Chiar dacă autorităţile locale nu mai sunt obligate să contribuie la plata unor servicii de protecţie specială oferite copiilor din comunitate, este important

ca acestea să fie susţinute şi încurajate să-şi dezvolte serviciile destinate prevenirii separării copilului de familia sa – servicii adaptate resurselor şi nevoilor din comunitate şi suficient de avantajoase financiar încât să asigure sustenabilitatea acestora – şi să includă în bugetul local sume special destinate sprijinului de urgenţă pentru familiile aflate într-o perioadă de criză, cu risc de separare a copiilor de părinţi.

- *Evaluarea rezultatelor politicii sociale de mărire a alocaţiei copiilor cu vârste până în doi ani*

Pentru măsurarea efectelor pe care le are alocaţia de 200 RON (atât pozitive, cât şi negative) pentru copiii cu vârsta de până în doi ani, se recomandă realizarea unui studiu detaliat la începutul anului 2008, pentru a se identifica şi strategiile de intervenţie, şi nevoile de servicii care să menţină o rată redusă de separare a copilului de familia sa după împlinirea vârstei de doi ani.

- *Studiul privind efectele pe care le are plecarea la muncă în străinătate asupra mediului domestic*

Dacă se doreşte evaluarea efectelor pe care le are plecarea la muncă în străinătate a părinţilor asupra copiilor, se poate face o cercetare care să surprindă toate aspectele legate de dinamica familială, de modalităţile în care se manifestă parentalitatea-substitut exercitată de bunici sau alte rude, de efectele plecării unuia sau ambilor părinţi în funcţie de vârstele copiilor, de ciclul reîntoarcerii părinţilor acasă etc.

- *Motivarea personalului din domeniul social prin salarii atractive*

Pentru dezvoltarea resurselor umane este necesară dezvoltarea unei politici care să susţină angajarea personalului de specialitate, alături de o aliniere a salariilor la nivelul celorlalte din sectorul bugetar. Salariile mici ale angajaţilor din sistemul social accelerează procesul de deprofesionalizare a domeniului, pentru că parte din personalul de specialitate părăseşte sistemul public de asistenţă socială a copilului şi familiei, iar poziţiile libere scoase la concurs devin din ce în ce mai puţin atractive pentru absolvenţii cu studii de specialitate.

- *Planul de servicii, un instrument pentru organizarea serviciilor de prevenire la nivel comunitar*

Pentru asumarea la nivel local a dezvoltării unor servicii destinate prevenirii separării copilului de familia sa trebuie să se conştientizeze faptul că prevenirea nu înseamnă doar intervenţia în situaţie de criză. De obicei, aceasta este precedată de semne şi indicatori de care asistentul social trebuie să ţină seama, oferind în acest sens servicii. Astfel, PS poate deveni un instrument util în activitatea de prevenire, şi nu o povară. Pentru aceasta, este necesară pregătirea asistenţilor sociali de la nivelul SPAS, cu sprijinul DGASPC, în privinţa folosirii PS.

Bibliografie

ANPDC, UNICEF, 2006, *Manual pentru implementarea Legii nr. 272/2004 privind protecţia şi promovarea drepturilor copilului*, Vademonde, Bucureşti.

Barker, R.L., 1995, *The Social Work Dictionary*, NASW Press, Washington.

Brun, C., Rapp, R.C., 2001, „Strenghts-based case management: Individuals' perspectives on strenghts and case manager relationship", *Social Work*, 46(3), pp. 278-288.

Chamberlain, R., Rapp, C.A., 1991, „A decade of case management: A methodological review of outcome research", *Community Mental Health Journal*, 27(3), pp. 171-188.

Cojocaru, Ş., 2005, *Metode apreciative în asistenţa socială. Ancheta, supervizarea şi managementul de caz*, Polirom, Iaşi.

Cojocaru, Ş., 2006, *Proiectul de intervenţie în asistenţa socială. De la propunerea de finanţare la planurile individualizate de intervenţie*, Polirom, Iaşi.

Collins-Camargo, C., Ensign, K., Flaherty, C., 2007, „The national quality improvement center on the privatization of child welfare services: A program description", *Research on Social Work*, vol. X, nr. X, pp. 1-10.

De Gennaro, R.M., 1987, „Developing case management as a practice model", *Social Casework*, 68(8), pp. 466-470.

DePanfilis, D., Salus, M.K., 2003, *Child Protective Services. A Guide for Caseworkers*, US Department of Health and Human Services, Administration on Children and Families.

Kisthardt, W., 1993, „An empowerment agenda for case management research: Evaluating the strengths model from consumers' perspective", în Harris, M. şi Bergman, H., *Case Management: Theory and Practice*, American Psychiatric Association, Washington, DC, pp. 165-182.

Kisthardt, W., Gowdy, E.A., Rapp, C.A., 1992, „Factors related to successful goal attainment in case management", *Journal of Case Management*, 1(4), pp. 117-122.

LeVine, E.S., Salee, A.L., 1999, *Child Welfare Clinical Theory and Practice*, Eddie Bowers, Dubuque.

Loomis, J.F., 1988, „Case management in health care", *Health and Social Work*, 13, pp. 219-225.

McQuaide, S., Ehrenreich J.H., 1997, „Assessing client strengths", *Families in Society*, 78, pp. 202-210.

B.C.U. "M. EMINESCU" IAŞI

Merrill, J.C., 1985, „Defining case management", *Business and Health*, 2, pp. 5-9.

Moore, S., 1992, „Case management and the integration of services: How service delivery systems shape case management", *Social Work*, vol. 37(5), pp. 418-423.

Moore, St.T., 1990, „A social work practice model of case management: The case management grid", *Social Work*, 35(5), pp. 444-448.

National Association of Social Workers, 1992, *NASW Standards for Social Case Management*. Washington DC, NASW, iunie 1992, în http: \\Jma10\ServiceDataDirectory.

O'Connor, G., 1988, „Case management: System and practice", *Social Casework*, 69(2), pp. 97-106.

Rapp, C.A., 1998, *The Strengths Model: Case Management with People Suffering from Severe and Persistent Mental Illness*, Oxford University Press, New York.

Rapp, C.A., Chamberlain, R., 1985, „Case management services for the chronically mentally ill", *Social Work*, 30, pp. 417-422.

Rapp, C.A., Wintersteen, R., 1989, „The strengths model of case management: Results from twelve demonstrations", *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13(1), pp. 23-32.

Rothman, J., 1991, „A model of Case Management: Toward empirically based practice", *Social Work*, 36(6), pp. 520-528.

Rubin, A., 1987, „Case management", *Encyclopedia of Social Work*, National Association of Social Workers, Silver Spring, vol. I, pp. 212-222.

Weil, M., 1985, „Key components in providing efficient and effective services", Weil., M., şi Karls, J., *Case Management in Human Service Practice*, Jossey-Bass, San Francisco.

White, M., 1986, „Case management", în Maddox, G.L., *The Encyclopedia of Aging*, Springer, New York.

Wolk, J.L., Sullivan, W.P., Hartmann, D.J., 1994, „The managerial nature of case management", *Social Work*, 39(2), pp. 152-159.

*** Hotărâre nr. 1024/2004 pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a prevederilor Ordonanţei Guvernului nr. 68/2003 privind serviciile sociale, precum şi a metodologiei de acreditare a furnizorilor de servicii sociale.

*** Hotărâre nr. 1440/2004 privind condiţiile şi procedura de licenţiere şi de inspecţie a serviciilor de prevenire a separării copilului de familia sa, precum şi a celor de protecţie specială a copilului lipsit temporar sau definitiv de ocrotirea părinţilor săi.

*** Hotărâre nr. 1007/2005 privind modificarea Hotărârii Guvernului nr. 539/2005 pentru aprobarea nomenclatorului instituţiilor de asistenţă socială şi a structurii orientative de personal, a regulamentului-cadru de organizare şi funcţionare a instituţiilor de asistenţă socială, precum şi a normelor metodologice de aplicare a prevederilor Ordonanţei Guvernului nr. 68/2003 privind serviciile sociale.

*** Legea nr. 272 /2004 privind protecţia şi promovarea drepturilor copilului.
*** Legea nr. 273/2004 privind regimul juridic al adopţiei.
*** Ordin nr. 35/2003 privind aprobarea standardelor minime obligatorii pentru asigurarea protecţiei copilului la asistentul maternal profesionist şi a ghidului metodologic de implementare a acestor standarde.
*** Ordin nr. 21/2004 pentru aprobarea standardelor minime obligatorii privind serviciile pentru protecţia copilului de tip rezidenţial.
*** Ordin nr. 24/2004 pentru aprobarea standardelor minime obligatorii pentru centrele de zi.
*** Ordin nr. 25/2004 pentru aprobarea standardelor minime obligatorii privind centrele de zi pentru copiii cu dizabilităţi.
*** Ordin nr. 27/2004 pentru aprobarea standardelor minime obligatorii privind serviciile pentru protecţia copilului de tip rezidenţial pentru copiii cu dizabilităţi.
*** Ordin nr. 45/2004 pentru aprobarea standardelor minime obligatorii privind procedura adopţiei interne.
*** Ordin nr. 48/2004 pentru aprobarea standardelor minime obligatorii privind serviciul pentru dezvoltarea deprinderilor de viaţă independentă.
*** Ordin nr. 64/2004 pentru aprobarea standardelor minime obligatorii privind centrul de pregătire şi sprijinire a reintegrării sau integrării copilului în familie.
*** Ordin nr. 69/2004 pentru aprobarea standardelor minime obligatorii privind managementul de caz în domeniul protecţiei copilului.
*** Ordin nr. 87/2004 pentru aprobarea standardelor minime obligatorii pentru centrul maternal.
*** Ordin nr. 88/2004 pentru aprobarea standardelor minime obligatorii privind centrul de consiliere şi sprijin pentru părinţi şi copii.
*** Ordin nr. 89/2004 pentru aprobarea standardelor minime obligatorii privind centrul de primire în regim de urgenţă pentru copilul abuzat, neglijat şi exploatat.
*** Ordin nr. 177/2004 privind aprobarea standardelor minime obligatorii pentru telefonul copilului, standardelor minime obligatorii privind centrul de consiliere pentru copilul abuzat, neglijat şi exploatat, precum şi a standardelor minime obligatorii privind centrul de resurse comunitare pentru prevenirea abuzului, neglijării şi exploatării copilului.
*** Ordin nr. 73/2005 privind aprobarea modelului contractului pentru acordarea de servicii sociale, încheiat de furnizorii de servicii sociale, acreditaţi conform legii, cu beneficiarii de servicii sociale.
*** Ordin nr. 101/2006 privind aprobarea standardelor minime obligatorii pentru centrul maternal şi a ghidului metodologic de implementare a acestor standarde.
*** Ordin nr. 286/2006 pentru aprobarea normelor metodologice privind întocmirea planului de servicii şi a normelor metodologice privind întocmirea planului individualizat de protecţie.

*** Ordin nr. 287/2006 privind aprobarea standardelor minime obligatorii privind centrul de pregătire şi sprijinire a reintegrării sau integrării copilului în familie, precum şi a ghidului metodologic de implementare a acestor standarde.

*** Ordin nr. 288/2006 pentru aprobarea standardelor minime obligatorii privind managementul de caz în domeniul protecţiei drepturilor copilului.

*** Ordin nr. 289/2006 privind aprobarea standardelor minime obligatorii pentru centrul de consiliere şi sprijin pentru părinţi şi copii şi a ghidului metodologic de implementare a acestor standarde.

*** Ordonanţa nr. 86/2004 pentru modificarea şi completarea Ordonanţei Guvernului nr. 68/2003 privind serviciile sociale.

BCUIAŞI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Index

A

abandon 78-79, 203-211, 237-241, 252--262 ; ~ în maternitate 78-79, 135-137, 203-211, 294-295 ; ~ în unităţi spitaliceşti 78, 135, 204, 206, 292, 295
abordare, ~ comprehensivă 29 ; ~ individualizată 29, 32 ; ~ personalizată 32
acompaniere socială 27, 33, 55
adopţie 125-153, deschiderea procedurii de ~ 46, 50, 54, 120, 125, 127-128, 133, 140-145, 185, 285 ; efecte ale ~ 53, 133 ; ~ din asistenţă maternală 130--133 ; ~ din îngrijirea de tip rezidenţial 129-130 ; procesul de ~ 52, 55, 144-147, 149, 153, 285-286
Agenţia Statelor Unite pentru Dezvoltare Internaţională (USAID) 19, 21
alocaţie de stat 101, 117, 220-221, 242, 259-260, 262, 269, 294, 298
ameninţări 26, 106, 118
analiza, ~ discursului 26 ; ~ SWOT 26
anchetă socială 30, 127, 143-144, 182, 242, 248, 270
asistent medical comunitar 205, 223-225, 293
asistent social 24, 26-27, 31, 33, 35, 37, 42, 44, 50, 52-55, 64-65, 78, 82-84, 93, 111, 113, 116-120, 122, 138, 141, 145-146, 155, 172-173, 175, 182, 186--188, 191, 196-198, 205-207, 215-216, 220-222, 224, 229, 236-238, 258, 262
asistenţă maternală, reţea de ~ 180, 197 ; serviciul de ~ 77-88
asistenţă medicală 135, 147, 224, 246 ; ~ comunitară 223-226
asistenţă socială 25, studii de ~ 37, 41, 47, 77, 151, 197, 272-274, 276, 278--282, 294, 297 ; cursuri postuniversitare de ~ 37, 272-273, 279-282 ; ~ comunitară 89, 111, 121, 196-198, 205, 208, 215, 220-222, 226, 228-229, 258, 271-274
Autoritatea Naţională pentru Protecţia Drepturilor Copilului (ANPDC) 19, 21, 49, 58, 61, 80-81, 94, 110, 132, 138, 143, 160, 180, 185, 188, 190-191
autorităţi locale 33, 37, 39, 41, 43, 46, 53-54, 63, 110-112, 160, 165, 188, 203, 215-216, 226, 229-230, 236, 245-246, 249, 251-253, 261, 265, 267, 289, 292

B

bază de date 51
beneficiari 237-245, implicarea ~ 25, 29-30, 32, 58, 251 ; participarea ~ 29-30
bunăstarea copilului 39, 46-47, 49, 62

C

caz, complexitate a ~ 34, 39, 61, 125 ; închidere a ~ 27-28, 35-37 ; finalizarea ~ 35-36 ; referirea ~ 35-36, 172 ; transferul ~ 35-37, 184 ; întâlniri de ~ 48 ; deschiderea ~ 35, 62 ; ~ instrumentat 27, 31-32, 39, 49, 51, 72, 85-86, 107, 122, 183, 285 ; ~ în lucru 72, 75, 82-83, 86, 151, 166-167 ; ~ vizitat 224-225
cazuistică 54, 120-121, 191, 208, 248

centre de consiliere şi sprijin pentru părinţi 109, 216, 239-242, 244, 263-265, 293, 295-297; ~ în mediul rural 241-242, 292-293; ~ în mediul urban 229, 292--293
centre de plasament 21, 36, 50, 52, 54, 67-69, 72, 77, 91, 96-97, 107, 109-110, 126-130, 146, 161, 168-170, 175, 180, 184, 186, 189, 201-202, 204, 216, 231, 246, 283-285; restructurarea ~ 230-237
centre de recuperare 197, 242-243, 246, 250, 263-265, 278
centre de zi, administrarea ~ 230-236; ~ din mediul rural 241-242, 292-293; ~ din mediul urban 229, 292-293; localizarea ~ 234-235; preluarea ~ 236-237; beneficiarii ~237-238
cercetare 57-65
chestionar, ~ online 58-60, 83, 85-87, 166, 173, 175, 177, 182-183, 288; pretestare a ~ 59
clarificarea situaţiei juridice 46, 50, 65, 126-128, 138, 144
colaborare 36, 40, 52-53, 62-64, 111-112, 119-120, 125, 149, 206, 215, 228, 236, 269
Comisia pentru Protecţia Copilului (CPC) 48-49, 103, 212-213
compartiment de prevenire 28, 38
compartimentul managerilor de caz 40-41; coordonarea ~ 24; subordonarea ~ 41-44; coordonatorul ~ 34, 37, 49; avantajele funcţionării ~ 43-47
competenţă 27, 29, 31, 37, 40, 49, 191, 243, 248; transfer de ~ 245, 248, 251
comunitate 25, 35, 40, 41, 43, 48, 51, 53-54, 57, 67, 103, 108-113, 121, 126, 159, 163-164, 188, 192, 196, 201, 203, 205, 207, 215, 219-227, 236-239, 242, 248, 250-253, 259, 261-265, 273, 285, 293, 295-297
conflict de interese 44, 55, 134, 138, 186, 287
consens 30
consiliere, şedinţă de ~ 32-33, 118, 138; ~ individuală 295; ~ de grup 119, 295; beneficiarii serviciilor de ~ 104, 220, 240; ~ centrată pe problemă 38, 105; practica ~ 117; ~ a părinţilor biologici 50, 142, 188, 239-242, 254, 259, 263-265, 293, 295-296; centre de ~ 109, 207, 239-242, 254
Consiliu comunitar consultativ 37, 110--114, 222, 226-229, 293, 297
Consiliu Judeţean 106-107, 136, 188, 228
Consiliu Local 162, 226, 229-232, 235, 240, 246, 249, 258-259
coordonare metodologică 40-41, 57-65, 195-198
copil, ~ cu dizabilităţi 29, 40, 42, 50, 80, 82, 98, 100, 109-110, 119, 129, 131, 161, 168-169, 189, 196-197, 199, 213--215, 224, 237, 242-243, 245-251, 263--265, 292-293, 296; ~ adoptabil 62, 133-134, 140, 144-145, 147, 153, 185, 285; ~ adoptat 36, 65, 135, 146-148, 150, 152, 284; ~ încredinţat în vederea adopţiei 62, 64, 127, 133-134, 141, 285; ~ din instituţii 62, 65, 67-68, 70, 81, 89-91, 93, 95-97, 117, 129, 169, 231, 237, 283-285; număr de ~ 50, 84, 214, 267; ~ abandonat 78, 103, 127, 135, 137, 160, 204, 208-209, 216, 259-260, 294; ~ părăsit 206-209, 216, 260, 295; ~ de vârstă mică, 128, 136, 289; ~ de vârstă mare 91, 128
costuri 45-47, 249, 289; ~ administrative 44, 54, 242, 261, 293; ~ per copil 45; ~ ale protecţiei copilului 47, 296
cutie neagră 47, 54

D

decizie, luarea ~ 45, 108, 111, 138
departamente de servicii sociale 42, 44, 65, 114
deprinderi de viaţă independentă 58-59, 155, 157-158
director general executiv 41
Direcţia Generală de Asistenţă Socială şi Protecţie a Copilului (DGASPC) 52, 171-175, 274-279; restructurarea ~ 41, 44; organigrama ~ 185, 188

discriminare 185 ; ~ pozitivă 163
drepturile copilului 245 ; apărarea ~ 39 ; promovarea ~ 39, 51

E

echipa mobilă 28, 198, 213, 243, 245--249, 293, 297
echipă, ~ multidisciplinară 49-50, 52-53, 140, 182-183, 186 ; întâlnirile ~ 179
ecomapă 30
educaţie parentală 33, 39, 150, 197, 208, 237, 240, 242-243, 247, 251, 261, 263, 295-297
efecte perverse 108, 252, 260, 268-269
eficacitate 24, 58
eficienţă 24, 247, 284, 287, 289
ergoterapeuţi 44, 274-275
evaluare, ~ complexă 29 ; ~ detaliată 28, 177, 179 ; ~ iniţială 179 ; ~ psihologică 30 ; ~ socială 30 ; ~ a rezultatelor 25, 32, 34, 298 ; metodologie de ~ 101 ; ~ a situaţiei familiale 37, 101 ; studii de ~ 51, 192 ; ~ anuală a rezultatelor 289

F

facilitare 24, 33, 45, 50, 226, 245, 287
familie, ~ adoptatoare 129 ; evaluarea ~ 30, 138 ; recrutarea ~ 133, 151 ; atestarea ~ 133, 150 ; pregătirea ~ 128, 133, 145, 149-151, 251 ; ~ potenţial adoptatoare 137, 139, 151 ; ~ biologică 138--139, 141-143, 162, 184, 188, 284-285, 289 ; autonomia ~ 29, 115 ; ~ extinsă 27, 46, 48, 80, 114, 120, 137-138, 162, 222, 284
fişa, ~ instituţiei 58, 61, 72, 85-87, 175 ; ~ postului 63-64, 187
focus-grup 117, 119, 122, 125, 141, 146, 148-149, 161, 163-164, 184, 187, 196--198, 220, 227, 237, 252, 258-260, 269-270, 294
furnizori de servicii 40-42, 189, 264, 274 ; ~ privaţi 41, 45, 230 ; ~ publici 41 ; rolurile ~ 43-44 ; competenţele ~ 51 ; responsabilităţile ~ 51, 189

G

genogramă 30
ghid metodologic 58, 61, 65, 171-172
grad de handicap 101
grupuri de suport 261, 263, 285

H

hotărâre judecătorească 62

I

identificarea, ~ carenţelor 29, 41 ; ~ deficienţelor 29 ; ~ timpurie a dizabilităţii 215, 224 ; ~ problemelor 223
ideologii 25, 295
indicatori 33, 101, 298 ; ~ cantitativi 33--34 ; ~ calitativi 33-34
instituţie de protecţie 21, 47-49, 65, 115
instituţii, ~ rezidenţiale 214
instituţionalizare, alternativă la ~ 95, 99
instrumente, ~ de organizare a informaţiilor 30
integrare socioprofesională 46, 50, 52-54, 64, 67, 119, 155-161, 164-170, 184, 284, 286, 288 ; serviciu pentru ~ 64, 157-160, 165, 286
interesul superior al copilului 138-139
intervenţie, monitorizarea ~ 33-35 ; ~ specializată 266 ; ~ de grup 119 ; planificarea ~ 25 ; realizarea ~ 25, 52-53 ; subiectul ~ 33 ; ~ în reţea 24 ; ~ terapeutică 25 ; ~ specifică 31, 33, 42, 49, 104, 192 ; impactul ~ 46 ; ~ de urgenţă 107 ; ~ în caz de abuz 119, 265-266 ; ~ în caz de neglijare 119 ; ~ în caz de exploatare prin muncă a copilului 267
interviu 198, 227, 237, 260, 269-270, 294

Î

îngrijire, ~ de tip familial 58-59, 142 ; ~ de tip rezidenţial 58-59, 71-73, 75, 77-78, 129

J

judeţe-pilot, selectarea ~ 158, 196-198, 213, 235

K

kinetoterapeut 44, 196, 198, 247, 274-275, 278

M

management de caz, structura ~ 25; practica ~ 49-50, 57, 74, 89, 133, 135, 139, 166, 175, 183, 192, 283-289; standardele ~ 63-64; ambiguităţile ~ 52, 139, 171, 181; eficientizarea ~ 57, 187-188; utilizarea ~ 24, 58, 61, 171-194
managementul îngrijirii 25
manager de caz, desemnarea ~ 39; supervizarea ~ 38-39; rolurile ~ 24
mediator 55, 158; ~ sanitar 226, 274
mediere 33
mediu, ~ domestic 35, 39, 51, 245, 298; ~ urban 267-268, 279-280, 292-293; ~ rural 31, 110, 120, 139, 159, 205-206, 213-214, 216-217, 219-221, 226, 229-230, 232-236, 240-241, 245, 248-250, 252, 259, 261, 266-267, 271-273, 279, 281, 292-296
metode de intervenţie 27, 108-109
modele de bună practică 245
monitorizare postservicii 34-35, 55

N

nevoi, ~ ale clientului 24; ~ ale copilului 103; ~ ale comunităţii 47, 222, 261; ~ personalizate 49; ~ de formare 104, 165-166, 192

O

obiective, ~ de impact 32; ~ de implementare 32; elaborarea ~ 31
observaţie 30, 34
Oficiul Român pentru Adopţii (ORA) 19, 58
oportunităţi 26-27, 29, 41, 45, 64, 118, 165, 287
organizaţie, acreditarea ~ 31, 190, 219-220, 262, 272
organizaţie nonguvernamentală (ONG), potenţialul ~ 262-265

P

paradigma deficienţei 26
părinte, sensibilizarea ~ 105; ~ biologic 81, 101, 134-135, 138, 141-142, 198-199; ~ adoptiv 150; ~ substitut 27, 298
personal, stimularea financiară a ~ 122-123; fluctuaţia ~ 47, 123, 193, 278, 289; formarea ~ 192; motivarea ~ 192-194, 287, 289, 297-298; demotivarea ~ 193
plan, revizuirea ~ 34
plan de intervenţie specifică (PIS), elaborarea ~ 49-50
plan de permanenţă 35
plan de servicii (PS), elaborarea ~ 29-30
plan individualizat de protecţie (PIP) 31, finalităţile ~ 32-33, 35, 38, 42, 44, 50-51, 53, 57-58, 61-62, 64, 79, 83, 89, 119-120, 132, 137, 140, 142-143, 153, 166, 176, 180, 183, 186-187, 189, 284, 287-289; elaborarea ~ 42, 49-50, 62-64, 67, 139, 172, 176, 181-183, 186
planificare, ~ a intervenţiilor 25, 32, 196-197, 294; ~ a serviciilor 27-28, 30, 48
plasament, ~ la rude 54, 120, 137, 180, 184, 188, 201; ~ în asistenţă maternală 82, 95-96, 119, 184, 245, 284; ~ simplu în familie adoptatoare 127, 133-139, 146-147, 285; ~ de urgenţă 134, 136-137
politică publică 46, 48, 61
postreintegrare, monitorizarea ~ 101, 107, 114-115, 254; servicii de ~ 89, 97, 115, 192
potrivire, ~ teoretică 133, 145-147; ~ practică 145-147
practica asistenţei sociale, micro- ~ 25; macro- ~ 25
practici instituţionale 21, 25, 40, 45, 48, 64, 195, 197, 288
prescripţii instituţionale 39
prestaţii 31-32, 49, 108, 117, 220-221, 259
prevenire, ~ a abandonului 24, 120, 208, 252-253, 258-259; ~ a abuzului 252-253, 258-259; ~ a exploatării prin muncă 252-253, 258-259; ~ a neglijării 252-253, 258-259; ~ a separării

copilului de familia sa 252-253, 258--259 ; ~ a traficului de persoane 31, 288
probleme, ~ materiale 102, 106 ; ~ financiare 102
program 31, 33, 45, 49, 51, 80, 106, 111, 122, 150, 165, 183, 190, 192, 197, 203, 207, 209, 223, 228-229, 237, 249, 251-253, 263, 274-278, 280, 282, 295, 297
protecţie, măsură de ~ 116, 203, 206-208, 211, 215, 222, 227, 247, 253, 260, 291, 294 ; servicii de ~ 71, 73, 75, 77, 79, 81, 83, 85, 87, 252, 288, 297 ; sistem de ~ 68, 70, 89, 174, 283 ; ~ de tip rezidenţial 132, 202, 283 ; formă de ~ 45, 48, 50-51, 62, 67, 77, 89, 91, 93, 95, 97, 99-103, 105, 107, 109, 111, 113, 115, 117, 119, 121, 123, 127-128, 170, 175, 186, 201-202, 204, 209, 212, 285, 291
psiholog 172, 182, 196, 198, 238, 275, 279
puncte, ~ slabe 26, 192, 285 ; ~ tari 26-27, 29, 105, 117-118

R

rapoarte de vizită 30
raport 33, 36, 42, 106, 179, 236, 294 ; ~ narativ 33 ; ~ statistic 33, 59
reabilitare 27, 40, 49, 119, 184, 198, 215, 221, 225, 242-243, 245-251 ; ~ bazată pe comunitate 293 ; ~ a copilului cu dizabilităţi 196, 263 ; ~ vocaţională 24
recuperare 31, 33, 40, 45, 49, 198, 215, 242, 245-246, 248-249, 263
redistribuirea personalului 41, 187-188, 287-288
reevaluare 27-28, 34, 41, 47-48, 81, 103, 132, 143, 179, 288
referent social 271, 273
reintegrare familială 46, 48, 50, 52-54, 63, 67, 80, 89-123 ; ~ din asistenţă maternală 62-65, 80-81 ; ~ din instituţii 62, 81, 83 ; rată de ~ 62, 81
reprezentant legal 46
responsabil cu implementarea PIS 83, 139, 181, 189, 286
responsabil de caz 38, 40, 71-77
resurse 225, 236, 254, 258, 261, 265, 296-297 ; alocare de ~ 46, 297-298 ; ~ comunitare 208, 222, 245, ; ~ disponibile 25, 57, 236 ; gestionarea ~ 26, 29, 44 ; mobilizarea ~ 100 ; suplimentarea ~ 26
resurse umane 166, 174-175, 188, 195--196, 222, 240, 249, 271-282, 287, 294, 298 ; profesionalizarea ~ 38, 160
retorică instituţională 43, 95 ; ~ centrată pe copil 48 ; ~ centrată pe sistem 48
reţele sociale 157, 216, 292
risc 25, 29, 203, 216, 253 ; ~ de abuz 36, 39, 224, 274 ; ~ de separare a copilului de familia sa 35-36, 206-207, 216, 222-223, 226, 245, 252, 274, 291, 298 ; diminuarea ~ 35-37, 43, 51, 254, 274, 295

S

salariu 47, 117, 122-123, 159, 193, 236, 269, 278, 289, 297-298
saturaţie 80, 286
sănătate publică 223, 297
schimbare 24, 32, 43, 45-46, 53, 83, 112, 125, 218, 245, 288-289
servicii 30-33 ; acces la ~ 25, 31, 37, 45, 51-52, 109, 114, 224, 226, 244, 248--249 ; ~ comunitare 78, 89, 109, 198, 223, 226 ; contractarea ~ 188-190 ; coordonarea ~ 24, 221 ; ~ de educaţie parentală 45, 243, 295 ; ~ de prevenire 33, 219-222, 227-228, 230-231, 241--242, 247, 252-253, 261-267, 271-282, 288-289, 291-298 ; ~ de recuperare 45, 109-110, 242-243, 248-249, 278 ; dezvoltarea ~ 291-298 ; furnizarea ~ 27, 44 ; furnizori de ~ 36, 40, 42-45, 51, 189, 230, 264, 274 ; îmbunătăţirea ~ 22, 43, 51, 65, 145, 153, 273 ; ~ la domiciliu 196-197, 224, 243-248, 263--265, 293, 296 ; proximitatea ~ 114--123 ; reţea de ~ 109 ; ~ rezidenţiale 67-77, 253 ; ~ sociale 77, 89, 103, 108--109, 114-123, 140, 174, 188-190, 206, 216, 219-220, 224-226, 230, 236, 271--274, 276, 279-281, 285-287 ; ~ specializate 33, 40-42, 44, 47-48, 165, 213 ; ~ zonale 65, 114-115

serviciul de evaluare complexă (SEC) 29
serviciul public de asistenţă socială (SPAS) 28, 278; înfiinţarea ~ 219-220; acreditarea ~ 219-220
sistem de protecţie 260, 266-267, 269, 272, 283-288, 291; inerţia ~ 284; intrări noi în ~ 265, 291-292; ~ de asistenţă maternală 284-289
spirit comunitar 114, 226; stimularea ~ 226
sprijin financiar 106-108, ~ de urgenţă 258-259; ~ postreintegrare 254-257
standarde 24, 73, 133, 141, 146, 153, 155, 171-172, 174, 179-180, 185, 191-192, 286-288; ~ minime obligatorii 24, 31, 37, 43, 57, 73, 75-76, 82, 142, 144, 171, 174, 176, 183, 191, 219, 287, 296; implementarea ~ 177
standardizare 24-25
stat 46, 112, 223; intervenţia ~ 46
strategie 19, 21, 24-26, 30, 39, 47, 51, 54-55, 63, 77, 93, 100, 105, 118, 160, 192, 215, 222, 228, 241, 245, 249, 251, 273, 294-298
structură departamentală 44
supervizare 38-39; dimensiunea administrativă a ~ 38; dimensiunea terapeutică a ~ 38; dimensiunea educativă a ~ 38; ~ individuală 38; ~ de grup 38; ~ centrată pe probleme 38; ~ apreciativă 38; şedinţă de ~ 39; contract de ~ 39
supervizor 39, ~ intern 38; ~ extern 38

T

tehnici, ~ de culegere a datelor 30, 64, 196; ~ de intervenţie 32, 285
telefonul copilului 28
terapie 49, 251; ~ de grup 33; ~ individuală 33

U

unitate de tip familial 44, 50, 53, 92, 127-129, 168-170, 183-184, 201, 214, 284-285

V

vizite la domiciliu 32-33
vocabulare instituţionale 21, 43

W

World Learning 19, 21

BCUIAŞI CENTRA UNIVERSITARĂ

COLLEGIUM
Asistenţă socială

au apărut:

Cristian Bocancea, George Neamţu – *Elemente de asistenţă socială*

Adriana Albu, Constantin Albu, Ioan Petcu – *Asistenţa în familie a persoanei cu deficienţă funcţională. Tehnici de îngrijire şi manevrare a bolnavului*

Alois Gherguţ – *Psihopedagogia persoanelor cu cerinţe speciale. Strategii de educaţie integrată*

Alois Gherguţ – *Managementul serviciilor de asistenţă psihopedagogică şi socială*

George Neamţu (coord.) – *Tratat de asistenţă socială*

Anne-Marie Simon – *Consiliere parentală. Prevenirea bâlbâielii şi a cronicizării ei*

*** – *Asistenţă socială. Studii şi aplicaţii*

Leslie M. Tutty, M.A. Rothery, R.M. Grinnell – *Cercetarea calitativă în asistenţa socială. Faze, etape şi sarcini*

Doru Buzducea – *Aspecte contemporane în asistenţa socială*

Ştefan Cojocaru – *Metode apreciative în asistenţa socială. Ancheta, supervizarea şi managementul de caz*

Karla Krogsrud Miley, Michael O'Melia, Brenda DuBois – *Practica asistenţei sociale. Abordarea participativă*

Ştefan Cojocaru – *Proiectul de intervenţie în asistenţa socială*

Ana Muntean, Juliane Sagebiel (coord.) – *Practici în asistenţa socială*

Ana Muntean (coord.) – *Supervizarea. Aspecte practice şi tendinţe actuale*

Ştefan Cojocaru, Daniela Cojocaru – *Managementul de caz în protecţia copilului. Evaluarea serviciilor şi practicilor din România*

în pregătire:

George Neamţu (coord.) – *Dicţionar de asistenţă socială*

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCUIASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

www.polirom.ro

Redactor: Diana Soare
Coperta: Radu Răileanu

Bun de tipar: martie 2008. Apărut: 2008
Editura Polirom, B-dul Carol I nr. 4 • P.O. Box 266
700506, Iaşi, Tel. & Fax: (0232) 21.41.00 ; (0232) 21.41.11 ;
(0232) 21.74.40 (difuzare); E-mail: office@polirom.ro
Bucureşti, B-dul I.C. Brătianu nr. 6, et. 7, ap. 33,
O.P. 37 • P.O. Box 1-728, 030174
Tel.: (021) 313.89.78 ; E-mail: office.bucuresti@polirom.ro

Tiparul executat la S.C. LUMINA TIPO S.R.L.
str. Luigi Galvani nr. 20 bis, sect. 2, Bucureşti
Tel./Fax: 211.32.60, 212.29.27, E-mail: office@luminatipo.com

BCUIASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCUIASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

B C.U "M. EMINESCU" IASI

BCUIASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Asistență socială

Ștefan Cojocaru
Daniela Cojocaru

MANAGEMENTUL DE CAZ ÎN PROTECȚIA COPILULUI

Evaluarea serviciilor și practicilor din România

Sinteză a cercetărilor realizate de autori, lucrarea abordează practicile de implementare și funcționare a managementului de caz în domeniul protecției copilului. Sunt analizate serviciile de prevenire a separării copilului de familia sa, a abuzului, neglijării, exploatării prin muncă și traficului de persoane. Cititorului i se oferă o radiografie completă a acestui sistem, utilă pentru identificarea noilor provocări și pentru stabilirea strategiilor privind protecția copilului în România. Pe lângă aspectele teoretice, autorii tratează pe larg, pornind de la necesitatea restructurării intervenției, standardele minime obligatorii pentru managementul de caz în protecția copilului.

Ce este managementul de caz • Coordonate metodologice ale cercetării practicilor privind managementul de caz • Serviciul de protecție de tip rezidențial • Serviciul de asistență maternală • Adopția națională • Integrarea socioprofesională a tinerilor de peste 18 ani • Realizarea planurilor individualizate de protecție • Servicii destinate prevenirii separării copilului de familia sa • Asistența socială comunitară • Asistența medicală comunitară • Centre de consiliere și sprijin pentru părinți • Centre de recuperare pentru copiii cu dizabilități • Implicarea organizațiilor nonguvernamentale în serviciile de prevenire

Collegium

BCUIASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

29 M

ISBN 978-973-46-0912-3

EDITURA POLIROM
www.polirom.ro

Pe copertă: ilustrație de Bogdan Enache